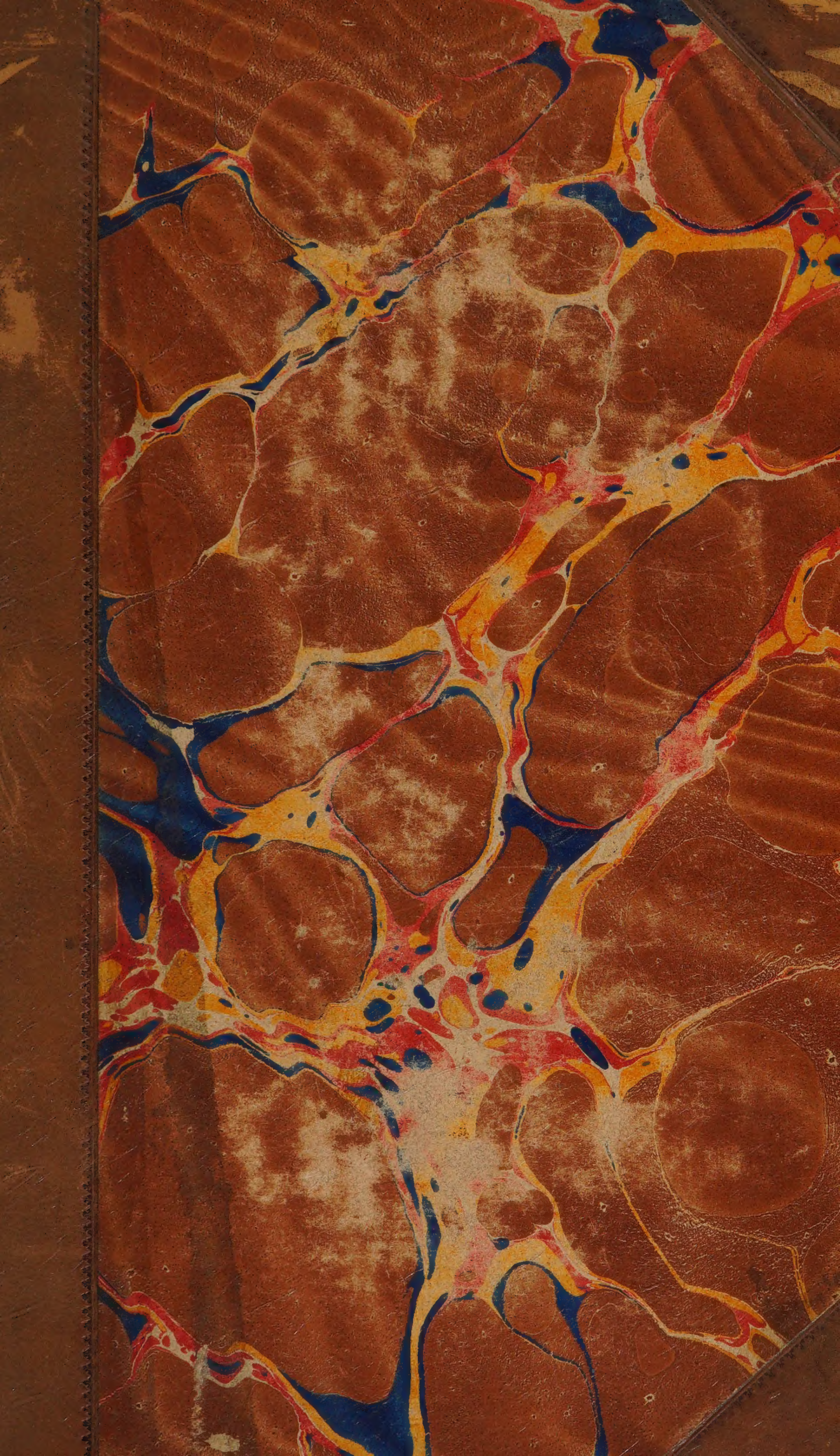


ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

L'auteur se propose, dans cet Annuaire, d'analyser toutes les publications sur les sciences médicales. Pour atteindre ce but, en présence de la difficulté de se procurer certains livres, brochures, etc., il fait appel à l'obligeance de ceux de ses confrères qui s'intéressent à ce que cette œuvre soit complète, et il les prie instamment de vouloir bien lui faire adresser un exemplaire des ouvrages qu'ils publieront.

Rédaction, 20, *boulevard Saint-Denis.*

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

PAR

A. CAVASSE,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS,
MÉDECIN ADJOINT DES PRISONS DE LA SEINE, ETC.

DEUXIÈME ANNÉE.

1858.

PARIS

A. DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

Rédaction : 20, boulevard Saint-Denis.

1859

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES.

ACTES OFFICIELS

Concernant les Facultés et les Écoles de médecine. — 1853.

Rétablissement du baccalauréat ès lettres. — (Décret impérial du 23 août.)

Art. 1er. Les étudiants des Facultés de médecine aspirant au doctorat doivent produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres, et, avant de prendre la troisième, le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathémathique. — La restriction indiquée dans le paragraphe précédent sera l'objet d'un règlement ministériel délibéré en conseil impérial de l'instruction publique.

Art. 2. Le baccalauréat ès sciences exigé des étudiants en médecine est délivré sous la forme d'un diplôme spécial, qui n'a de valeur que pour les études médicales. — Les droits à percevoir pour le baccalauréat ès sciences des étudiants en médecine sont fixés à la somme de cinquante francs, ainsi répartis :

Examen.	30 francs.
Certificat d'aptitude. . .	10
Diplôme.	10
Total égal. . . .	50 francs.

Art. 3. Les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès sciences, spécial aux étudiants en médecine, peuvent l'échanger contre un diplôme ordinaire de bachelier ès sciences, en subissant la partie de l'examen dont ils ont été dispensés la première fois, et en payant le complément des droits montant à la somme de cinquante francs.

Art. 4. Jusqu'au 1er novembre 1861, les jeunes gens pourvus

du diplôme ordinaire de bachelier ès sciences peuvent prendre leurs inscriptions et leurs grades dans une Faculté de médecine, sans être tenus de produire le diplôme de bachelier ès lettres.

PRIX

Proposés pour l'année 1859 et les années suivantes.

Faculté de médecine de Paris.

Prix Montyon. — Il y aura, tous les ans, un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc. — Ce prix, consistant en une médaille d'or, sera décerné dans la séance de rentrée de la Faculté. — Les mémoires pour le prix de 1859 ne seront pas reçus passé le 31 juillet de la même année; ils ne devront traiter que des maladies qui auront prédominé du 1er janvier 1858 au 1er janvier 1859.

Prix Corvisart (sujet de prix de clinique à décerner en 1859). —« Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, les rapports qui peuvent exister entre le rhumatisme et certaines paralysies. » — Ce prix, consistant en une médaille d'or, sera décerné dans la séance de rentrée de la Faculté. — Du 15 au 30 août 1859, chacun des concurrents remettra au secrétaire de la Faculté : 1° les observations recueillies au lit qui lui aura été désigné ; 2° la réponse à la question proposée. — Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart. — Ce sujet est proposé pour la seconde fois.

Académie des sciences.

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de 805 francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale. — Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique. — Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, *francs de port*, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril de chaque année, *terme de rigueur*.

Divers prix du legs Montyon. — Conformément au testament

de feu M. Auger de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 3 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages et des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.* — Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,500 francs. — L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques. — Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Grand prix des sciences physiques (proposé en 1857 pour 1859). — « Déterminer les rapports qui s'établissent entre les spermatozoïdes et l'œuf dans l'acte de la fécondation. » — Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles. — « Etudier le mode de fécondation des œufs et la structure des organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la classe des polypes ou de celle des acalèphes. » — Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 2,500 francs. — Les mémoires devront être déposés (*francs de port*) au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1859, *terme de rigueur.*

Prix Bréant. — Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de 100,000 francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » — Prévoyant que ce prix de 100,000 francs ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix fût gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne. — Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes : 1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra : « Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas ; » ou « indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie ; » ou, enfin, « découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. » — 2° Pour obtenir le prix annuel de 4,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou

la propagation des maladies épidémiques. — Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 4,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Prix proposés pour 1859.)

Prix de l'Académie. — « De l'action thérapeutique du perchlorure de fer. » — En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° *sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer, soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrismes, les varices, les tumeurs érectiles, etc.; 2° *sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Des affections nerveuses, dues à une diathèse syphilitique. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier.—Ce prix sera de la valeur de 2,500 francs. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (*Extrait du testament*). — Des *encouragements* pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important de la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point

admis au concours, pour le prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Prix proposés pour 1860.)

Prix de l'Académie. — « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme? quels sont les moyens de remédier à ces accidents? » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon, et applications pratiques qui en découlent, c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » — Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. » — A l'article du diagnostic, les concurrents devront insister sur les cas où la surexcitation nerveuse a été prise pour une affection organique aiguë ou chronique des parties dans lesquelles cette surexcitation avait son siége. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.* — « Des paralysies puerpérales. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs. — 2° *Question relative aux eaux minérales.* — « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut, p. 4, les conditions du concours). — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. » — L'Académie, en limitant ainsi la question, désire que les concurrents l'envisagent uniquement au point de vue médical et s'appuient sur des observations

cliniques. — Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne pourra jamais être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. — L'Académie propose la question suivante : « Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique et surtout toxicologique. » — L'Académie désire que les concurrents étudient autant que possible : 1° les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire ; l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons, soit sur les qualités des champignons comestibles ; — 2° la possibilité d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'il a subie ; — 3° l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer ; — 4° les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées, et qui pourraient éclairer la toxicologie dans les cas d'empoisonnement. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs. — Les mémoires pour les prix à décerner en 1859 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année : ils devront être écrits en français ou en latin. — *N. B.* Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.) Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont seuls exceptés de ces dispositions.

Société impériale de médecine de Lyon. (Prix proposés pour 1860.)

Première question. — Du ramollissement cérébral à forme chronique. — Insister sur le diagnostic et sur l'étiologie de cette maladie. — Rechercher si elle est devenue plus commune dans ces dernières années, et, en cas de solution affirmative, faire ressortir les conditions qui peuvent expliquer cette circonstance de son histoire. — Etablir ensuite sa nature et son traitement.— Ce prix est de 300 francs.

Deuxième question. — Apprécier l'influence que les divers changements accomplis dans les vingt dernières années par l'édilité lyonnaise peuvent exercer, pour le présent et pour l'avenir, sur la santé publique. — Le candidat aura à examiner aussi les *desiderata* qui se rapportent à cette question. — Ce prix est de 300 francs. — Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, avant le

1er octobre 1859, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, 5.

Société de médecine de Toulouse.

Sujet de prix à décerner en 1859. — « Des paralysies sans lésion organique appréciable. » — *Sujet de prix pour* 1860. — « Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiologiques ont enrichi la médecine clinique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle. » — Les mémoires doivent être envoyés (*franco*) au secrétaire général, avant le 1er janvier.

Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen.

« *De la chaleur animale.* — Après avoir fait connaître les principaux phénomènes de la chaleur animale, les concurrents devront en rechercher les causes, les sources; — exposer les diverses théories qui ont eu cours dans la science sur cet important sujet, et porter sur chacune d'elles un jugement motivé. — Ils feront connaître les diverses circonstances qui influent sur la chaleur animale, spécialement chez l'homme : A. *Circonstances extérieures.* — B. *Circonstances qui tiennent à l'organisme lui-même* : 1° *physiologiques*; 2° *morbides.* — Enfin, ils devront rechercher l'influence du système nerveux sur la chaleur animale. » — L'Académie ne demande pas seulement une revue historique et critique; elle désire avant tout une œuvre originale. — Le prix est de 2,000 francs. — Les concurrents devront adresser leurs mémoires (*franco*) à M. Julien Travers, secrétaire de l'Académie, avant le 1er mai 1860. — Les membres titulaires de l'Académie sont exclus du concours.

Société des sciences de la Moselle.

La Société de la Moselle met au concours pour l'année 1859 les questions suivantes : « 1° Faire l'histoire des maladies déterminées par l'une des industries de la Moselle (métallurgie, peluches, mines, etc.); — 2° du régime diététique dans les maladies chirurgicales graves, et spécialement après les grandes opérations; — 3° comparer les différents modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu, et déterminer par des faits cliniques celui qui doit généralement être préféré. » — Chaque prix consistera en une médaille d'or. — Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à la bibliothèque, à Metz, avant le 1er avril 1859.

Société médicale allemande de Paris. (Prix de 300 francs.)

« Sur le progrès que l'ophthalmologie a fait dans tous les pays, depuis l'invention de l'ophthalmoscope. » — Les termes propres de la proposition sont en allemand, et pourront être relevés, ainsi que les conditions, au siége de la Société, 24, rue de l'Ecole-de-Médecine. — On peut envoyer les mémoires, écrits dans les cinq ou six langues les plus connues, jusqu'au 31 mars 1859.

Académie royale de Belgique. (Prix pour 1859.)

1° Deux prix, consistant chacun en une médaille d'or de 400 francs, seront décernés en 1859 aux auteurs des deux mémoires, l'un sur la pathologie interne, et l'autre sur l'hygiène publique, que la Compagnie aura jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les sujets sont laissés au choix des concurrents. — 2° La question suivante, qu'elle a proposée en 1857, est remise au concours : « Faire connaître des méthodes certaines et faciles à exécuter, pour déterminer la valeur réelle des opiums et des quinquinas jaunes, au point de vue des usages pharmaceutiques. » —Le prix attaché à la solution de cette question est une médaille d'or de 600 francs. — Seront seuls admis à concourir : les mémoires inédits, lisiblement écrits en latin, en flamand ou en français, que l'Académie aura reçus avant le 1er septembre 1859. Ils doivent être adressés (*francs de port*) à son secrétariat, place du Musée, 1, à Bruxelles.

(Prix pour 1860 et les années suivantes.)

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies particulières aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères du royaume. » —Prix : une médaille d'or de 600 francs et une somme de 1,600 francs, offerte par les Commissions administratives des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi.

Deuxième question. — « Discuter la valeur des diverses méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique. » — Prix : une médaille d'or de 800 francs.

Troisième question. — « Déterminer la nature et l'étiologie des états morbides considérés, chez le cheval, sous le nom vague d'*influenza* ; faire ressortir les rapports qu'ils peuvent avoir avec les affections typhoïdes de l'homme, et exposer les médications qui leur sont le mieux appropriées. » — Prix : une médaille d'or de 1,000 francs.

Quatrième question. — « Faire une appréciation raisonnée des services que les médecins belges ont rendus à la médecine et aux branches d'études qui s'y rapportent, la vétérinaire exceptée, pendant les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles. » — Prix : une médaille d'or de 1,000 francs.

Cinquième question. — « Déterminer, par de nouvelles expériences sur les mammifères, les rapports qui existent entre l'oxygène absorbé par les poumons et l'acide carbonique exhalé par la peau ; préciser l'influence exercée sur cet échange gazeux par le repos, le mouvement, la température et l'alimentation. » — Prix : une médaille d'or de 1,500 francs.

Sixième question. — « Exposer l'état actuel de la science, quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. » — Prix : une médaille d'or de 800 francs.

Les mémoires manuscrits, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir ; ils devront être adressés (*francs de port*) au secrétariat de l'Académie, place du Musée, 1, à Bruxelles, savoir : pour la première question, avant le 1er avril 1860 ; pour les deuxieme et troisième, avant le 1er juillet de la même année ; et pour les autres questions, avant le 1er juillet 1861. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Académie médico-chirurgicale de Naples.

Cette Académie propose un prix de 100 ducats sur la question suivante : « Déterminer par des faits cliniques et des expériences chimiques les indications et les effets thérapeutiques de l'iode, de ses préparations et des substances qui en contiennent. » — L'Académie désire : que les observations cliniques soient instituées expressément dans le but spécial du concours ; que le concurrent tienne compte de tous les travaux récemment publiés sur ce sujet ; qu'il précise non-seulement l'action physiologique du métalloïde, mais son action thérapeutique, ses indications bien déterminées, les meilleures formules pour l'administrer, enfin ses contre-indications générales, ainsi que celles de chacune de ses préparations ; qu'il s'attache, par l'analyse chimique, à reconnaître le mode d'absorption de l'iode, les changements qu'il subit dans l'organisme et ses voies d'élimination ; qu'il s'efforce aussi d'assigner le rang thérapeutique des diverses substances naturelles iodifères, eaux minérales, huiles de foie de morue, algues, éponges. — Le prix sera décerné en janvier 1860. — Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront être remis, dans les formes académiques ordinaires, avant le 1er novembre 1859, à M. Pietro Magliari, rue Saint-Sébastien, à Naples.

ANATOMIE.

—*Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*, par M. Malgaigne. Deuxième édition (J.-B. Baillière et fils, 2 vol. in-8). — Fidèle au programme que je me suis imposé, je ne dois m'occuper de cet ouvrage, publié pour la seconde fois, que pour signaler les changements de cette nouvelle édition. On peut dire que M. Malgaigne a touché à toutes les questions qui ont été agitées dans ces dernières années, et qu'on retrouve à chaque page les éminentes qualités de ce savant professeur.

— *Zoologie médicale. Exposé méthodique du règne animal ; sur l'anatomie, l'embryogénie et la paléontologie des espèces employées en médecine, de celles qui sont venimeuses et de celles qui sont parasites*, par MM. Gervais et Van Beneden (Paris, J.-B. Baillière et fils, 2 vol. in-8, xx-959 pages).— Cet ouvrage est destiné à mettre cette branche technique de l'histoire naturelle au niveau de la science actuelle. Le plan général suivi par les auteurs est à peu près celui de leurs devanciers : description sommaire des grands groupes zoologiques et de leurs subdivisions ; étude plus spéciale des espèces venimeuses, parasites, médicinales et alimentaires. Les auteurs ont divisé tous les animaux en trois embranchements : 1° Les *hypocotylés*, dont le vitellus rentre par la face inférieure du corps ; — 2° les *épicotylés*, dont le vitellus rentre par la face supérieure du corps ; — 3° les *allocotylés*, dont le vitellus ne rentre ni par la face supérieure, ni par la face inférieure du corps, et dont les embryons sont généralement ciliés. Cette division n'est, suivant les auteurs eux-mêmes, qu'une réminiscence analogique de la classification des polypes et des échinodermes. Les hirudinées et les cestoïdes, dans le type des vers, sont rapprochés dans une même classe, les *cotylides*. L'histoire des mollusco-radiaires est remarquable à plus d'un titre et renferme le résumé des connaissances nouvelles acquises sur ces animaux. C'est ainsi qu'il est traité avec soin, dans la Zoologie médicale, de la *parthénogénésie*, génération dans laquelle le sexe femelle intervient seul; de l'*arrénotokie*, c'est-à-dire de la faculté qu'ont certains insectes, les abeilles, par exemple, de pondre dans de certaines circonstances des œufs qui n'ont pas reçu l'action des spermatozoïdes et d'où ne sortent que des mâles; des métamorphoses des médusides, des cestoïdes, des trématodes, etc., faits connus sous le nom de *génération alternante*, etc. ; parallèle d'autant moins heureux qu'il fait ressortir à la fois la même disparate dans ces groupes des *allocotylés* (mollusco-radiaires) et des *acotylédonés* (cryptogames). Ces embranchements ont été subdivisés en classes,

ordres, familles, genres et espèces. Les coupes introduites dans l'embranchement des hypocotylés (vertébrés), et particulièrement dans la classe des mammifères, sont basées surtout sur l'embryogénie et l'ostéologie comparée des animaux vivants et fossiles. Ces considérations ont amené quelquefois les auteurs à des rapprochements qui semblent assez bizarres. C'est ainsi que les ruminants et les porcins ont été réunis en un seul ordre, celui des *bisalques*; que les tapirs ont été séparés des porcins et confondus avec les chevaux, les rhinocéros et les damans, dans l'ordre des *jumentés*. Aux épicotylés (articulés), sont rattachés les rotateurs, comme l'avait déjà fait Burmeister. Les allocotylés (mollusco-radiaires) sont subdivisés en *types* répondant à peu près aux groupes adoptés par Siebold et la plupart des naturalistes. Seulement, l'ancien groupe des zoophytes est habilement remanié et scindé en deux types.

— *Structure de la glande sublinguale*, par M. Tillaux (Bulletin de la Société anatomique, p. 153).—M. Tillaux a soumis les glandes à une macération suffisamment prolongée dans de l'eau acidulée ; il a ainsi coagulé l'épithélium qui tapisse les canaux excréteurs et les culs-de-sac glandulaires, en rendant les tissus ambiants gélatineux et transparents. De l'examen de plusieurs pièces qu'il présente, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° La glande sublinguale n'est pas, comme on a paru le croire jusqu'alors, une glande unique, parfaitement délimitée, comparable aux glandes sous-maxillaire et parotide auxquelles elle est généralement associée. C'est un groupe de glandes en grappe, distinctes les unes des autres, munies d'un canal excréteur spécial, analogues aux glandes buccales; n'en différant que par leur volume et leur tassement beaucoup plus prononcé, leur situation symétrique de chaque côté du frein de la langue. Cette manière de voir est justifiée par la physiologie, qui enseigne que la salive sublinguale diffère des salives sous-maxillaire et parotidienne, mais est tout à fait analogue par sa viscosité à la salive des glandes intrapariétales de la bouche. Il conviendrait donc de dire *les glandes sublinguales*. — 2° Le nombre des conduits excréteurs m'a paru varier de 18 à 30. La détermination exacte de ce nombre a très-peu d'importance. — 3° Aucun des conduits excréteurs ne s'ouvre dans le canal de Wharthon. — 4° Le canal de Bartholin ne diffère des autres conduits que par son volume, et ne mérite pas de mention spéciale.

— *Recherches sur le développement des dents*, par M. N. Guillot (Académie des sciences, 29 mars). — L'auteur a reconnu l'existence d'une portion organique au milieu de laquelle naissent les premières traces des dents, qui les protége et qui disparaît quand ce double but est accompli. Cette matière, par la transformation de ses molécules, produit successivement l'ivoire,

l'émail et le cément. Les indices primordiaux des dents ressemblent à de petites sphères formées par une multitude de molécules ou cellules. L'ivoire, l'émail et le cément se forment par le triple fractionnement de ces sphéroïdes avant qu'ils soient solidifiés. Nous ne saurions, du reste, mieux faire connaître le travail de M. Guillot, que par l'extrait du rapport de M. J. Cloquet (Académie des sciences, 6 décembre). Les recherches de M. Natalis Guillot ont principalement porté sur des embryons de brebis; elles lui ont fait voir que les dents naissent indépendamment de la muqueuse buccale, du périoste, des os, ou d'un follicule sécrétant, aux dépens d'une substance qu'il appelle *odontogénique*, et qui est déposée, sous forme d'amas sphéroïdaux, dans l'épaisseur de la gorge primitive, d'où dérivent les divers éléments de la face. Ceux-ci, os, muscles, etc., se développent successivement autour de l'embryon dentaire. L'*odontogène*, par ses transformations propres, constitue d'abord l'ivoire et l'émail; ce n'est qu'après la création de ces deux tissus qu'une autre partie de l'odontogène se change en cartilage dentaire, et forme ainsi le sac dentaire. Ce cartilage disparaît graduellement vers l'âge de six mois après la naissance, de manière à préparer un passage facile aux dents. Les dents de la seconde dentition sont également déjà formées avant le développement de la mâchoire qui les entoure plus tard, et leur émergence est due à une double modification des maxillaires; il faut, en effet, pour qu'elle ait lieu : 1° Qu'une portion de la capsule osseuse qui entoure la dent ait été résorbée au niveau de sa couronne, et — 2° que l'épaisseur de la mâchoire se soit accrue, afin de pousser les capsules osseuses dans la direction que les dents doivent occuper définitivement. L'ensemble de ces diverses transformations peut être résumé de la manière suivante : 1° Accroissement de l'odontogène ou partie génératrice des dents; — 2° Décroissement et disparition de cette partie, pour permettre aux dents de la première dentition d'apparaître au dehors; — 3° Accroissement des alvéoles dentaires autour des dents de la première dention; — 4° Disparition d'une partie de ces alvéoles autour de ces mêmes dents, au moment de leur chute; — 5° Accroissement simultané des mâchoires et des capsules éburnées autour des dents permanentes, en voie de développement; — 6° Résorption partielle de ces capsules, pour former les alvéoles des dents permanentes, vers les derniers moments de leur évolution.

— *Etude sur le développement et la structure des dents humaines*, par M. Magitot (Archives générales de médecine, I, p. 49). — Ce travail intéressant est digne de fixer l'attention; il se divise en trois parties, que l'on peut ainsi résumer, d'après une excellente analyse faite à la Société de biologie : Dans la première, il étudie le follicule dentaire dans sa constitution ana-

tomique, et considéré avant le début de la production des parties dures de la dent. Ce follicule, dans cet état, lui paraît composé de trois parties principales, qui sont : 1° La paroi membraneuse enveloppante, qu'il trouve composée de deux feuillets dont il détermine la structure ; — 2° le germe de l'ivoire sur la composition duquel il avance des considérations toutes nouvelles ; —3° le germe ou organe de l'émail dont il détermine le premier nettement la disposition et la nature. — La seconde partie comprend l'étude du développement des substances dentaires proprement dites : ivoire, émail, cément, au sein du follicule déjà étudié. M. Magitot constate alors que l'émail et l'ivoire se forment au moyen de cellules produites à la superficie des germes, cellules qui, par leur disposition réciproque et leurs transformations successives, deviennent ces tissus dont on connaît la dureté et au sein desquels il est possible, dans certaines circonstances, de reconnaître encore la forme des éléments primitifs. Cette seconde partie est essentiellement neuve. M. Magitot y a élucidé un grand nombre de points restés obscurs ou découvert de nouvelles particularités anatomiques ou physiologiques. Enfin, elle se termine par une exposition nouvelle du mode de formation du cément, au sujet duquel l'auteur nous fournit du reste des recherches plus complètes. Cette partie contient encore un long historique des doctrines qui régnent dans la science sur la nature et le développement de la dent. Ces doctrines sont tour à tour discutées et rejetées par l'auteur qui en propose une nouvelle, dite *théorie de l'autogénie*. L'avenir en dira la valeur.— La troisième partie comprend l'étude de la structure de la dent adulte, c'est-à-dire la disposition définitive des éléments dont on a suivi le mode d'évolution. Ici encore la question a été reprise *ab ovo*, et l'auteur ne donne aucune description qui ne soit basée sur ses observations personnelles.

— *De la non-existence de l'os intermaxillaire chez l'homme à l'état normal*, par M. Rousseau (Académie des sciences, 20 décembre). — Après avoir tracé l'histoire de ce point d'anatomie comparée, l'auteur cherche à démontrer que tous les mammifères, sans exception, sont pourvus de l'os intermaxillaire, et que cet os manque à l'homme seul ; il a remarqué en particulier que chez les orangs, les gorilles et les gibons, les intermaxillaires restaient distincts extérieurement jusqu'à l'âge de la seconde dentition.

—*Des papilles de la langue*, par M. Beau (Académie des sciences, 18 octobre). — Les papilles linguales doivent être distinguées en deux ordres essentiellement différents quant à la structure : les unes sont constituées uniquement par l'épiderme, ou mieux par l'épithélium de la membrane muqueuse de la langue, tandis que les autres font corps avec le chorion de cette membrane,

Nous appellerons tout naturellement les premières papilles *épithéliales* ou *inorganiques :* le nom de papilles coniques, par lequel on les a quelquefois désignées, est peu convenable, leur forme étant souvent tout autre que conoïde ; les secondes, que nous nommons *muqueuses* ou *organiques*, affectent deux formes différentes, qui les ont fait distinguer en papilles *caliciformes* et papilles *fongiformes*. — Les papilles muqueuses ou organiques sont celles chargées des fonctions de sensibilité. Les caliciformes le sont à un plus haut degré que les fongiformes, parce qu'elles sont constituées par un développement plus considérable de la membrane sentante. Quant aux papilles épithéliales ou inorganiques, ce ne sont pas de vraies papilles dans l'acception traditionnelle du mot. Elles ne sont pas sensibles, comme le prouve l'expérience, puisque chez les individus où elles présentent un grand développement, on peut les couper avec des ciseaux sans qu'il en résulte de douleur ; néanmoins elles servent à la gustation en faisant l'office d'une houppe qui retient les liquides par imbibition et qui prolonge leur contact avec les papilles vraies disséminées sous le gazon épithélial. — Les papilles inorganiques ont, chez certains animaux, des fonctions mécaniques d'un autre genre que chez l'homme. C'est ainsi que, dans l'espèce bovine, elles sont transformées en pointes plus ou moins rigides qui permettent à la langue de saisir et de couper l'herbe. Chez le chat, elles donnent également à la langue une surface dure et hérissée, qui empêche la proie encore vivante de s'échapper. — Ce qui prouve que chez l'homme les papilles épithéliales retiennent par imbibition les substances liquides, c'est que si ces substances sont colorées comme du suc de mûre, du vin, etc., on voit immédiatement la houppe des appendices épithéliaux se charger de couleur comme un pinceau. — Les papilles épithéliales s'imbibent aussi des liquides sécrétés ou excrétés dans la bouche, tels que le mucus et la salive ; et quand ces liquides deviennent plus épais ou plus consistants, comme cela peut arriver dans les maladies, pendant le sommeil, etc.; ces liquides adhèrent aux myriades de filaments qui constituent les papilles épithéliales, de manière à former ce qu'on appelle les enduits de la langue. Il suffit même de parler d'une manière continue pendant une demi-heure ou une heure, pour qu'il se forme un enduit blanchâtre sur la langue ; les liquides de la bouche, battus par les mouvements incessants de la langue et des lèvres, deviennent mousseux et adhèrent à la houppe des papilles épithéliales, exactement comme cela a lieu pour un pinceau à barbe quand on l'agite en tous sens, après l'avoir imbibé d'eau de savon. — L'enduit de la langue, par conséquent, suppose toujours l'existence des papilles épithéliales, qui en sont comme le canevas. Aussi n'observe-t-on jamais d'enduit sur les bords ou à la face infé-

rieure de la langue, parce que ces parties sont dépourvues de gazon épithélial. De même on n'observe jamais d'enduit lorsque la langue est dépouillée de ses papilles épithéliales, comme cela arrive dans la scarlatine, dans les glossites érythémateuses et dans certains cas de fièvre typhoïde. Quelquefois les papilles épithéliales ne manquent que par plaques; l'enduit manque aussi dans les mêmes points; cela se voit particulièrement dans la fièvre typhoïde.

— *Sur les cellules épithéliales et sur les terminaisons des muscles et des nerfs dans la langue*, par M. Billroth (Deutsche Klinik et Gazette médicale, p. 472). — Les cellules épithéliales de la langue, chez les grenouilles, se continuent avec les fibrilles du tissu cellulaire, avec des fibres musculaires et avec des fibres nerveuses. Tels sont les résultats extraordinaires auxquels l'auteur est arrivé.

— *Épithélium intestinal*, par M. Welcker (Zeits. f. rat. Mediz. et Gazette médicale, p. 483). — Les fines stries qu'on observe au bord libre des cellules sont de véritables canaux poreux; mais l'auteur ne peut pas décider si ces canaux sont aussi ouverts du côté de la villosité, comme ils le sont du côté de la cavité intestinale.

— *Sur les nerfs des parois intestinales*, par M. Meissner (Zeits. f. rat. Mediz. et Gazette médicale, p. 484). — Ces nerfs, excessivement nombreux dans l'intestin grêle, occupent la couche cellulaire intermédiaire entre les tuniques musculaire et muqueuse : fibres à simple contour pour la plupart, anastomosées, parsemées de petits ganglions.

— *Du mode de terminaison des fibres longitudinales du rectum*, par M. Béraud (Société de biologie et Gazette médicale, p. 201). — M. Béraud, après une longue étude sur un grand nombre de sujets, est arrivé aux remarques suivantes : la couche musculaire du rectum est trois fois plus épaisse que dans les autres parties de l'intestin, ce qui tient surtout aux fibres longitudinales. Celles-ci, extérieures aux fibres circulaires, forment une enveloppe complète au rectum et se divisent en trois plans : les *superficielles* se terminent en avant à la prostate, en arrière au sacrum, sur les parties latérales, en se confondant avec les fibres du releveur de l'anus ; les *moyennes* se terminent à la face profonde de la peau de la marge de l'anus ; les *profondes* se réfléchissent sur les fibres du sphincter et vont s'attacher à la face externe de la muqueuse, en remontant plus ou moins haut. M. Béraud tire de ces dispositions quelques conséquences physiologiques et pathologiques.

— *Quelques remarques sur la destination particulière des lignes semi-lunaires de Douglas*, par M. Retsius (Edinb. medical Journal et Revue étrangère, p. 96). — L'auteur décrit une cavité péritonéale,

à parois particulières, dans laquelle la vessie peut se mouvoir.

— *Recherches pour servir à la structure comparée de la rate*, par M. Billroth (Archives de Muller et Archives générales de médecine, p. 103.) — Le parenchyme de la rate est, suivant l'auteur, constitué par un tissu caverneux dans lequel probablement les artères viennent s'ouvrir librement et où les veines prennent origine. L'injection pénètre dans ce tissu aussi bien par les veines que par les artères. Rien ne démontre que ce tissu soit contractile, ses fibres sont élastiques et peuvent être distendues par les injections.

— *Structure intime de la rate*, par M. Tigri (Académie des sciences, 11 octobre). — Dans cette note, M. Tigri revendique comme siens les résultats suivants : 1° La démonstration d'un nouvel élément anatomique dans la composition de la pulpe splénique, les cellules fusiformes nucléolées ; — 2° la détermination morphologique des corps constituant l'épithélium vasculaire ; — 3° la séparation incessante des cellules épithéliales de la surface interne de tout l'appareil vasculaire.

— *Structure des valvules semi-lunaires*, par M. Luschka (Archives de Vierordt et Gazette médicale, p. 88). — M. Luschka donne le nom d'*endocarde* à l'ensemble des parois des vaisseaux qui entrent dans le cœur ou qui en sortent : pour lui, les valvules ont la structure des artères, c'est-à-dire que l'on trouve entre les deux feuillets séreux des fibres celluleuses et élastiques et des vaisseaux qu'il a injectés par les coronaires.

— *Anomalies de l'aorte et de ses branches*, par M. Panas (Bulletin de la Société anatomique, p. 381 ; 1857). — Homme de trente-cinq ans, bien constitué en apparence. Transposition de l'aorte sans déplacement de la courbure latérale de ce vaisseau. Tandis que l'aorte se dirige à droite, l'inflexion de la colonne vertébrale a lieu à gauche, comme à l'état normal, ce qui prête appui à l'hypothèse de Bichat. — De la crosse aortique naissent seulement et isolément la carotide primitive droite et la sous-clavière du même côté. — A gauche, les vaisseaux céphaliques et brachiaux n'ont aucune communication directe avec la crosse : de l'aorte thoracique, au niveau du sixième espace intercostal, naît un vaisseau du volume d'une plume d'oie. Cette artère anormale sort du thorax, entre le col de la côte et l'apophyse transverse, remonte le long de la gouttière vertébrale, rentre dans le thorax, au niveau de la partie postérieure du deuxième espace intercostal, et va se jeter dans un *tronc sous-clavier*, occupant la position de l'artère sous-clavière normale, sauf qu'il se termine en cul-de-sac, à 1 centimètre de la crosse aortique. De nombreuses anastomoses relient ces vaisseaux et les artères intercostales. — La carotide gauche, plus petite, vient du tronc sous-clavier.

— *Rétraction des vaisseaux ombilicaux*, par M. Ch. Robin (Académie de médecine, 17 août).—La communication de M. Robin se trouve avec beaucoup de détails dans le compte rendu de la Société de biologie (Gazette médicale, p. 726), sous le titre suivant : *Mémoire sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux et sur le système ligamenteux qui leur succède.* Après la chute du cordon, les conduits qui aboutissent à l'ombilic, artères, veine et ouraque, ne se soudent pas avec la cicatrice ombilicale, mais ils se rétractent dans leur gaîne avant même qu'ils soient complétement oblitérés. Cette rétraction est telle, que le bout des artères arrive à une distance de l'ombilic, qui varie de 5 à 14 centimètres, celui de la veine de 3 à 10 centimètres. — La rétraction, qui commence de cinq à dix jours après la chute du cordon, porte sur les tuniques interne et moyenne des vaisseaux et non sur la tunique adventice. Du sang s'épanche dans la cavité de cette gaîne, et peu à peu on voit se former des ligaments constitués surtout par des fibres élastiques. — Ces ligaments filamenteux suivent la direction des vaisseaux, auxquels ils ont succédé ; ils sont d'un blanc jaunâtre mat et s'étendent des moignons vasculaires qui limitent la rétraction des vaisseaux, jusqu'à l'ombilic, tantôt forts, tantôt grêles. A l'existence de ces ligaments se trouve liée la disposition des vaisseaux, du tissu adipeux, des replis péritonéaux et des feuillets aponévrotiques de l'ombilic.

— *Recherches sur l'anatomie du poumon chez l'homme*, par M. Lefort (Thèse inaugurale, Paris, n° 302). — Travail sérieux, dans lequel sont exposées les recherches nombreuses de l'auteur. On trouve, au commencement, des considérations générales sur la respiration, l'anatomie descriptive des poumons, la docimasie pulmonaire, etc. Cette première partie de la thèse que nous analysons se fait remarquer par la clarté et la précision des détails. Nous ne faisons que l'indiquer, pour arriver à la *structure du poumon*, dont M. Lefort s'est surtout occupé. — Il indique tout d'abord les moyens que l'on doit employer pour faire de bonnes préparations pour l'étude. Le procédé qui lui a donné les résultats les plus probants consiste à obtenir le moule solidifié des bronches et des vésicules, en détruisant ensuite le parenchyme pulmonaire. Après une hydrotomie prolongée, il faut laisser reposer le poumon jusqu'à évacuation aussi complète que possible des liquides qu'il contient; puis, le poumon étant plongé dans un bain à 60 ou 70 degrés, on injecte dans la trachée ou une des bronches un mélange à parties égales de cire blanche et de térébenthine cuite ; enfin, on fait corroder dans de l'acide chlorhydrique ordinaire. La matière injectée n'est pas très-résistante, mais elle est très-pénétrante : condition importante pour ce genre de recherches. — Après l'exposition et la discussion des

différentes opinions émises sur la structure du poumon, M. Lefort exprime en ces termes la manière dont se trouve constitué un lobule pulmonaire : « La *bronche* arrive au sommet de la pyramide qui forme le *lobule principal*, pénètre dans son intérieur, en changeant subitement de caractère ; son calibre devient plus considérable par la formation sur toute sa circonférence de *cellules pariétales*, sorte de boursouflement de la muqueuse, mais ne communiquant entre elles que par l'intermédiaire de la *bronche intralobulaire* qui les supporte, et n'ayant aucune communication avec les autres cellules du lobule. Après un trajet plus ou moins long, cette bronche intralobulaire donne des bronches *intercellulaires* pour chacun des *lobules secondaires*, bronches présentant, au contraire, des cellules perforées, en même temps que ses parois propres semblent disparaître pour être remplacées par celles des cellules voisines. Bientôt cette bronche intercellulaire disparaît complétement, au milieu d'un grand nombre d'aréoles dont les cloisons s'entre-croisent en tous sens. Ces cellules, constituant par leur réunion le *lobule secondaire*, communiquent toutes les unes avec les autres. Des prolongements extrêmement minces du tissu cellulaire interlobulaire séparent et rendent jusqu'à un certain point indépendants ces lobules, qui, par leur réunion, constituent le *lobule principal*. » — Dans le chapitre sur la *structure histologique de la trachée, des bronches et de leurs divisions*, on trouve des détails intéressants sur les cartilages, les fibres musculaires transversales, les fibres longitudinales élastiques et la muqueuse. Cette membrane existe mince, mais très-distincte, jusque dans les vésicules ; le tissu élastique sous-jacent peut encore être aperçu dans l'intérieur des lobules, sur les parois des bronches intralobulaires, surtout sur l'encadrement qui limite l'orifice des cellules pariétales ; mais l'habile anatomiste n'a pu en trouver des traces au niveau des bronches intercellulaires. — M. Lefort n'a pas d'opinion bien arrêtée sur l'existence de l'épithélium dans les cellules pulmonaires. — Les *vaisseaux* ont été injectés avec le plus grand soin : les *artères bronchiques* se distribuent aux bronches, dans toute leur étendue, jusqu'à leur conversion en bronches intralobulaires, à la plèvre, au tissu cellulaire interlobulaire, aux ganglions bronchiques ; elles fournissent aux vaisseaux des poumons leur *vasa vasorum*. — Les *veines bronchiques* naissent : 1° Du réseau capillaire qui couvre les premières divisions des bronches ; — 2° de la plèvre dans la partie qui avoisine le hile du poumon ; — 3° des ganglions bronchiques et du tissu cellulaire environnant ; elles n'ont pas de valvules, et vont se jeter à droite dans l'azygos ou dans l'intercostale, à gauche, dans la petite azygos, et plus souvent dans l'intercostale. — Les *veines pulmonaires* naissent par trois origines bien distinctes :

1° Du réseau artériel pulmonaire, ou veines pulmonaires proprement dites ; — 2° de la plèvre, ou veines pleuro-pulmonaires ; — 3° de toute l'étendue de la surface des bronches, à partir de leur troisième division, ou veines broncho-pulmonaires. — Les *anastomoses des veines bronchiques et broncho-pulmonaires* se font non-seulement par un réseau capillaire, mais encore par de véritables branches de dérivation aboutissant par leurs extrémités opposées aux deux ordres de vaisseaux. — L'étude des vaisseaux lymphatiques et des nerfs complète la partie anatomique de cette excellente thèse. Dans un chapitre sur les *rapports entre la structure normale et quelques altérations pathologiques*, M. Lefort a fait une heureuse application de ses connaissances pour arriver à une détermination plus exacte des lésions les plus vulgaires des poumons.

— *Nouveau procédé pour étudier les éléments de la moelle épinière et du cerveau à l'état frais*, par M. Jacubowitch (Académie des sciences, 11 octobre). — Ce procédé consiste à recouvrir d'une légère couche de solution ammoniacale de carmin la portion de matière nerveuse qu'on veut examiner, et qui a été préalablement tenue en macération dans une solution de chromate de potasse. Le carmin, pénétrant la substance nerveuse, qu'il colore fortement, tandis qu'il n'a pas de prise sur la gangue celluleuse qui l'environne, permet d'étudier le tissu nerveux dans son état de parfait isolement.

— *Liqueur conservatrice pour les préparations microscopiques*, par M. Pacini (Arch. f. path. Anat. de Wirchow et Gazette médicale, p. 158). — Sublimé, 1 partie. — Chlorure iodique pur, 2 parties. — Glycérine (à 25° Baumé), 13 parties. — Eau distillée, 113 parties. — On laisse le mélange reposer pendant deux mois, puis on étend 1 partie de ce liquide dans 3 parties d'eau distillée, et on filtre.

— *Recherches anatomiques sur l'appareil électrique du malaptérure électrique*, par M. Jobert (de Lamballe) (Académie des sciences, 5 juillet). — « Je n'hésite pas, dit M. Jobert, à placer le siége de l'appareil entre la peau et l'aponévrose. Tout me paraît militer en faveur de cette manière de voir. — La couche sous-tégumentaire est certainement de même nature que le tissu propre de l'appareil électrique du gymnote, et, malgré les dissections les plus minutieuses, je n'ai pu y retrouver les couches celluleuses dont on a parlé. — D'ailleurs, cet appareil électrique, comme les appareils des autres poissons électriques, reçoit de nombreux filets nerveux qui se subdivisent dans son épaisseur, et un nerf considérable peut être regardé comme lui étant exclusivement destiné. — Rien de semblable ne se rencontre pour les lamelles cellulaires, qu'on a regardées comme l'appareil électrique, et qui reçoivent à peine quelques filets nerveux. »

— *Etude sur le système nerveux*, par M. Lenhossek (Paris, imprimerie Martinet; in-8, 4 pages. — Extrait du compte rendu de l'Académie des sciences). — Il résulte des recherches de l'auteur : 1° Que le système nerveux central se compose de substance grise, de substance blanche et d'une substance intermédiaire, dite *substance gélatineuse de Rolando*. — 2° Que la substance grise est formée d'une masse hyaline générale avec des cellules nerveuses de trois espèces : A. De cellules nerveuses avec tous leurs attributs généralement répandus. — B. De grandes cellules nerveuses avec tous leurs attributs réunis en groupes; elles se montrent dans les colonnes motrices, dans les colonnes sensitives et ailleurs. — C. De cellules nerveuses sphériques avec tous leurs attributs, remplies de pigment brun foncé : celles-ci forment seulement la substance ferrugineuse et la substance noire de Sœmmering. — 3° Que la substance blanche est formée de fibres primitives qui se terminent dans les divers organes du système nerveux central en forme de radiations. — 4° Que la substance dite *gélatineuse* est formée par la substance grise qui traverse les faisceaux de la substance blanche en forme de filet. — 5° Que la substance grise a les rapports suivants : A. Dans la moelle épinière, elle constitue quatre colonnes, dont deux antérieures motrices et deux postérieures sensitives, qui sont réunies les unes aux autres par la commissure grise. — B. Dans la moelle allongée, ces quatre colonnes changent leur position relative : les colonnes antérieures deviennent internes, et les colonnes postérieures externes; elles conservent cette juxtaposition dans toute l'étendue du sinus rhomboïdal ; plus loin, les colonnes motrices se continuent seules au fond du troisième ventricule pour se terminer dans l'*infundibulum*. Les colonnes sensitives, au contraire, passent dans les couches optiques et dans les corps striés. — C. A l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes a lieu, disparaît la commissure et commence la cloison médiane de Vicq-d'Azyr, qui est formée par le prolongement de la substance grise. Cette cloison se continue dans toute la longueur du pont de Varole. — 6° Que dans la moelle épinière la substance blanche d'un côté est complétement séparée de celle du côté opposé par la fente longitudinale antérieure et postérieure, et que dans la moelle allongée et dans le pont de Varole une séparation analogue a lieu par la cloison de Vicq-d'Azyr. — 7° Qu'à l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes de la substance grise a lieu, la substance blanche se porte de plus en plus en avant, jusqu'à ce que la substance grise reste enfin à découvert dans le sinus rhomboïdal. — 8° Que les fibres primitives des racines de tous les nerfs prennent naissance dans la substance grise : A. Dans quelques cas, ces fibres proviennent des prolongations des cellules nerveuses. — B. Mais le plus ordinairement elles prennent naissance par

groupes, sans qu'on puisse déterminer leur origine. Ces groupes fibreux traversent dans différentes directions la substance blanche, pour former à la surface les racines des nerfs. Ces fibres ne contribuent jamais au développement de la substance blanche ; de même celle-ci ne donne pas de fibres pour les racines des nerfs spinaux. — 9° Que les racines motrices des nerfs spinaux et des nerfs moteurs cérébraux, tels que l'hypoglosse, le moteur oculaire externe et interne, le facial, la petite portion du trijumeau, le moteur oculaire commun, prennent naissance seulement dans les colonnes motrices. — 10° Que les racines sensitives des nerfs spinaux et des nerfs sensitifs cérébraux, tels que l'acoustique, la grande portion du trijumeau, l'optique et l'olfactif, proviennent seulement des colonnes sensitives. — 11° Que les racines des nerfs cérébraux mixtes, tels que les deux racines supérieures des nerfs accessoires de Willis et le pneumogastrique, prennent leur origine aussi bien dans les colonnes sensitives que dans les colonnes motrices. — 12° Qu'il y a quatre sortes de croisements dans la moelle épinière, la moelle allongée et le pont de Varole. — A. Dans la moelle épinière, les fibres primitives des racines motrices se croisent en avant du canal central, et les fibres des racines sensitives en arrière de ce canal. Ces entre-croisements sont produits par l'origine dans le côté opposé d'une partie des fibres primitives des racines. — B. Dans la moelle allongée et dans le pont de Varole, les fibres primitives des racines des nerfs moteurs cérébraux, et seulement la portion motrice des nerfs cérébraux mixtes s'entre-croisent au milieu des colonnes motrices par la même cause que dans la moelle épinière. — C. Dans la cloison de Vicq-d'Azyr, il y a un entre-croisement de droite à gauche de quelques fibres de la substance blanche, de la moelle allongée et du pont de Varole. — D. Il y a un croisement des six parois de faisceaux de la substance blanche et de la moelle allongée en avant du canal central, connu sous le nom de *décussation pyramidale*. — 13° Les fibres primitives des racines du plexus nerveux de la pie-mère, comme celles de toutes les racines des nerfs accessoires de Willis (les deux racines supérieures exceptées), proviennent de toute la périphérie de la substance grise. — Dans les plexus à la surface de la pie-mère, on trouve : A. Entre les fibres primitives nerveuses, des cellules nerveuses intercalées. — B. Des cellules nerveuses groupées, suspendues, flottantes à la surface externe des nerfs de la pie-mère. Ces dernières sont remplies de pigment. — 14° Que les deux corps olivaires sont composés de deux substances, l'une externe grise avec circonvolutions, l'autre interne blanche. La substance blanche est formée par l'irradiation des fibres primitives des pédoncules de ces corps, qui prennent leur origine dans les colonnes motrices, et par la commissure transversale qui traverse la

cloison de Vicq-d'Azyr. — 15° Que le canal central de la moelle épinière parcourt toute la longueur de celle-ci, et s'ouvre dans le *calamus scriptorius*. Les parois sont formées intérieurement par une enveloppe de cellules épithéliales cylindriques, et extérieurement par une couche des fibres longitudinales de M. L. Clarke, qui se prolongent dans la couche épithéliale du sinus rhomboïdal. — Dans la région lombaire, on rencontre une masse granuleuse intercalée entre cette couche fibrillaire et les cellules épithéliales. — 16° Que de chaque côté du canal central il y a une grosse veine qui se bifurque successivement dans la région de la moelle allongée d'une part, et dans celle du cône médullaire de l'autre.

—*Recherches comparatives sur le système nerveux*, par M. Jacubowitch (Académie des sciences, 16 août. — Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 22). — Ce nouveau travail expose les recherches nombreuses de l'auteur sur la moelle épinière et le cerveau de la grenouille, de l'oiseau, du rat et du chien. En voici les conclusions : — I. Des éléments essentiels que j'ai indiqués, c'est-à-dire les cellules étoilées (cellules de mouvement), les cellules fusiformes (cellules de sensibilité) et les cellules rondes ou ovales (cellules ganglionnaires), ces dernières, de deux espèces, se trouvent, de la manière la plus évidente, dans toute l'étendue du système nerveux de la grenouille; seulement, leur nombre est moins considérable que chez les mammifères, surtout celui des cellules fusiformes ou de sensibilité. — II. La structure propre aux diverses régions de la moelle épinière jusqu'à la moelle allongée se retrouve aussi d'une manière très-nette chez la grenouille, avec cette différence essentielle que les éléments, comme je viens de le dire, y sont moins nombreux, et le tissu cellulaire qui les unit d'autant plus considérable. Ainsi, dans la région dorsale, les cellules de sensibilité sont surtout fort peu abondantes, tandis que le contraire a lieu chez les mammifères. — III. La moelle allongée manque pour ainsi dire chez la grenouille, car on n'y voit ni les corps olivaires, ni les faisceaux grêles, cunéiformes, etc.; et ce sont justement ces parties qui caractérisent la moelle allongée chez les mammifères et qui unissent la moelle épinière au cerveau. On trouve des cellules fusiformes en très-petite quantité entre les fibres de la substance blanche, des deux côtés du quatrième ventricule. — IV. Une conséquence nécessaire de l'absence de la moelle allongée chez les animaux inférieurs, c'est la grande indépendance de la moelle épinière, qui, chez la grenouille, a été regardée avec raison comme un centre nerveux à part. — V. Le pont de Varole les représente par les fibres nerveuses circulaires qui se rendent, comme chez les mammifères, directement dans le cervelet, et se perdent dans sa périphérie. — VI. Le cervelet lui-même représente une cavité

remplie de tissu cellulaire, arrivé à un certain degré de développement. La périphérie qui entoure la cavité consiste, du côté extérieur, en une masse grise qui se transforme insensiblement en une couche cellulaire sur laquelle on voit plusieurs rangées de cellules. — VII. Les corps bijumeaux présentent deux cavités remplies de tissu cellulaire. La disposition de leur périphérie est tout à fait semblable à celle de la périphérie du cervelet. L'aqueduc de Sylvius, entouré de la commissure en fer à cheval, possède ici, comme chez les mammifères, ces cellules ganglionnaires de la première espèce. — VIII. Les hémisphères cérébraux forment deux cavités oblongues, disposées de la même manière et remplies de tissu cellulaire, comme les cavités du cervelet et des corps bijumeaux. Sur leur bord antérieur et externe se trouvent des masses de cellules appartenant au nerf olfactif. — IX. Ce qui caractérise les hémisphères cérébraux, le cervelet et les corps bijumeaux chez la grenouille, c'est qu'ils possèdent seulement la substance périphérique (substance corticale), et qu'ils n'ont pas de contenu (substance médullaire); de sorte que les parties qui déterminent un plus haut développement manquent ici, comme dans la moelle allongée. — X. Je ferai remarquer que la substance périphérique des cavités ci-dessus mentionnées a de l'analogie, dans sa structure, avec la rétine, c'est-à-dire avec la couche grise et la couche nucléolée qui vient immédiatement après celle-ci.

— *Recherches comparatives sur le système nerveux des mammifères*, par M. Jacubowitch (Académie des sciences, 30 août).— I. Il est hors de doute que la moelle allongée naît de la moelle épinière, c'est-à-dire des cornes postérieures de celle-ci. Ce développement, cette formation de la moelle allongée, constitue l'union plus ou moins complète de la moelle épinière avec le cerveau, selon le degré de développement de la moelle allongée. Ainsi, plus celle-ci est développée, plus l'union de la moelle épinière avec le cerveau est intime, et d'autant plus la moelle épinière dépend du cerveau, d'autant plus aussi est développée la sensibilité générale. — II. Les corps olivaires, ainsi que les différents cordons de la moelle allongée, constituent spécialement ces parties, dans lesquelles se manifeste cette union par le développement en masse des cellules fusiformes (de sensibibité); ainsi, plus ces parties sont développées, plus l'animal est élevé dans l'échelle zoologique. — III. Le développement des hémisphères cérébraux et des parties qui leur appartiennent spécialement est en rapport intime avec le développement des cornes d'Ammon. Chez les animaux supérieurs, c'est par le développement de ces dernières que les cavités des hémisphères se remplissent, et que s'opère la réunion des deux hémisphères. C'est le développement graduel des cornes d'Ammon dans le cerveau,

et celui de la moelle allongée, qui nous fournissent des signes caractéristiques pour l'ensemble respectif et le degré d'élévation du système nerveux dans tout le règne animal. — IV. J'ai essayé de prouver par les expériences physiologiques sur des animaux vivants que les cellules fusiformes sont des cellules de sensibilité, et les cellules étoilées des cellules de mouvement. A cet effet, j'ai inventé un instrument spécial avec lequel on peut pénétrer dans la cavité de la moelle épinière, et qui permet de percer ou de couper les cordons postérieurs et antérieurs de celle-ci, ainsi que les cornes postérieures ou antérieures de la substance grise, sans mettre à nu la moelle épinière. De cette manière, on n'est pas obligé de recourir à l'opération si cruelle d'ouvrir les vertèbres, et il n'y a pas de perte de sang, ce qu'il importe surtout d'éviter.

—*Note sur l'entre-croisement des pyramides antérieures chez les mammifères*, par MM. Philipeaux et Vulpian (Gazette médicale, p. 505). — Les auteurs ont fait leurs recherches sur des bulbes de chien ; chez l'homme, la structure est analogue, bien qu'elle paraisse plus compliquée. La pyramide, outre les fibres bien connues qui lui viennent du faisceau antérieur et du faisceau antéro-latéral, reçoit encore des fibres qui, dirigées d'arrière en avant, se joignent à la partie postérieure des pyramides. Ces fibres, presque toutes directes, proviennent des faisceaux postérieurs de la moelle. Parmi les fibres qui s'entre-croisent, il en est qui naissent des cornes postérieures de la substance grise. Ce dernier fait est très-important au point de vue de la physiologie.

—*Etudes sur la physiologie des nerfs crâniens, chez le ditisque*, par M. Faivre (Paris, imprimerie Martinet ; in-8, 89 p.). — Ce mémoire, déjà présenté à l'Académie des sciences, a été analysé dans l'*Annuaire*, t. I[er], p. 60.

—*Terminaison apparente du nerf olfactif*, par M. Ohl (Gazetta medica italiana et Gazette médicale, p. 759). — Au-dessous de l'épithélium, il y a une couche de cellules sphéroïdales, dans laquelle le nerf viendrait se terminer par des corps claviformes à pointe dirigée vers l'épithélium. Les cellules épithéliales sont ouvertes comme des calices, et ces conduits pourraient servir à rapprocher l'air de la terminaison nerveuse.

— *Existence d'un filet nerveux se rendant à la glande lacrymale et non encore décrit*, par M. Bérad (Gazette médicale, p. 568). — Ce filet, qui n'a été signalé par aucun anatomiste, part du ganglion ophthalmique, va joindre l'artère lacrymale et la suit jusque dans la glande lacrymale, où il se distribue.

— *Sur un filet moteur affecté à la glande lacrymale*, par M. Curie (Moniteur des Hôpitaux, p. 670). — M. Curie dit qu'il a démontré par ses dissections, qu'il y a adhérence du pathétique avec la branche ophthalmique, au niveau où celle-ci fournit la branche lacrymale, et que toute séparation complète est arti-

ficielle ; que néanmoins on voit d'une manière distincte un rameau se dirigeant du pathétique sur la glande lacrymale, et ne provenant en aucune façon d'un filet décollé de la cinquième paire ; enfin qu'il existe, et très-probablement d'une manière constante, une branche nerveuse qui, du pathétique, va s'anastomoser avec la branche nasale, après avoir croisé supérieurement le muscle grand oblique. — Ces faits anatomiques ont une valeur physiologique en ce qu'ils fournissent un rameau moteur à une glande qu'on en croyait dépourvue, et en ce qu'ils établissent en quelque sorte une corrélation entre la glande lacrymale, les conduits lacrymaux et les muscles attenant au sac, parties auxquelles se distribue la branche nasale, ainsi qu'avec l'action du grand oblique, justifiant ainsi le titre de *pathétique* donné à la quatrième paire ; puisque, dans la douleur, elle présiderait à la fois à la position du globe oculaire, à la sécrétion des larmes et à leur écoulement.

—*Les nerfs sphéno-ethmoïdaux*, par M. Luschka (Archives de Muller et Archives générales de médecine, p. 105). — Les cellules de l'ethmoïde et du sphénoïde, ainsi que les sinus frontaux et maxillaires, reçoivent des filets nerveux. — Etude anatomique et origine de ces nerfs. — Il y existe aussi des glandes qui peuvent se transformer en kystes. L'auteur en a trouvé un exemple.

—*Sur la structure de la cornée transparente*, par M. Dornblueth (Zeitsch. f. rat. mediz. et Gazette médicale, p. 483). — La plus grande partie des lamelles proviennent directement des fibres de la sclérotique ; l'homme possède 240 ou 260 lamelles, entre lesquelles se trouvent disposées des cellules à noyau. — La membrane de Descemet se compose aussi de fines lamelles, se continuant avec les parties voisines et en particulier avec l'iris.

— *Recherches sur le développement de l'œil du poulet*, par M. Young (Medico-chirurgical Review, january, et Archives générales de médecine, février, p. 215). — Historique et critique des travaux antérieurs. L'auteur résume ainsi ses recherches : 1° L'œil est d'abord un prolongement de la cellule cérébrale antérieure ; — 2° la cavité de ce prolongement est oblitérée par le développement du cristallin et de l'humeur vitrée, qui refoulent les parois antérieure et inférieure en haut et en arrière, de manière à former une cavité secondaire (vésicule optique secondaire) ; — 3° les deux portions, directe et refoulée, de la vésicule optique primitive servent au développement de la rétine, c'est la première qui forme probablement la membrane de Jacob ; — 4° le cristallin résulte d'un refoulement de la lame cornée qui repousse la vésicule optique de dehors en dedans et surtout de bas en haut ; — 5° l'humeur vitrée est une formation sous-tégumentaire et concourt avec le cristallin à produire la fente oculaire ; — 6° la choroïde et la sclérotique se forment dans le blastème

qui entoure la vésicule optique ; — 7° la cornée est constituée par un prolongement antérieur de la sclérotique, et son épithélium seul a la même genèse que le cristallin.

—*Sur les glandes de la conjonctive*, par M. Manz (Gazette médicale, p. 651). — L'auteur parle de glandes particulières, utriculaires, qu'il a trouvées chez le bœuf, le veau, la chèvre, et qu'il n'a pas rencontrées sur les autres mammifères.

—*Mémoire sur les osselets de l'ouïe et sur la membrane du tympan*, par M. Bonnafond (Académie des sciences, 18 octobre). — Voici les conclusions de ce mémoire : 1° Que la membrane du tympan, au lieu d'un simple mouvement de tension et de relâchement généraux, éprouve des tensions et des relâchements partiels, sous l'influence des muscles pétro-malléal et pyramido-stapéal ; — 2° que ces deux muscles constituent les seules puissances actives des mouvements du tympan et de la chaîne des osselets, et qu'ils sont antagonistes quant à la partie de la membrane qu'ils tendent séparément ; — 3° que cette membrane peut bien vibrer, sous l'influence des sons qui viennent la frapper, mais qu'elle ne peut les transmettre aux parties plus profondes de l'oreille, sans subir des degrés de tension ou de relâchement par l'action de ces muscles ; — 4° que, bien que l'intégrité du tympan ne soit pas absolument nécessaire à l'audition simple, sa lésion entraîne toujours une aberration dans la perception des sons ; — 5° que, dans les perforations de sa partie antérieure, l'oreille est au moins accessible aux notes graves, tandis que le contraire s'observe, pour les tons aigus, dans les mêmes lésions de la partie postérieure ; — 6° que les osselets de l'oreille moyenne ne sont pas absolument indispensables au mécanisme de l'ouïe, pourvu toutefois que l'étrier seul soit resté intact et à sa place ; — 7° que la chute de l'étrier, en livrant passage aux liquides contenus dans le vestibule et le labyrinthe, entraîne toujours la surdité, et avec une rapidité qui est en rapport avec celle que le liquide a mise à s'écouler (Cette conclusion est entièrement conforme à celles que M. Flourens a déduites de ces expériences sur les oiseaux); — 8° que, dans ce cas, si l'oreille a conservé un peu d'audition, elle sera bien sensible au moindre bruit, mais elle aura perdu toute aptitude à recevoir l'impression simultanée de plusieurs sons ; — 9° que les conditions nécessaires à une bonne oreille musicale doivent résider, abstraction faite de l'intelligence, dans un accord parfait entre l'articulation malléo-tympanale d'une part, la membrane du tympan et ses muscles moteurs de l'autre ; — 10° que les examens faits sur plusieurs chanteurs émérites m'ont démontré que le tympan était chez eux disposé de manière à recevoir également et directement les sons sur toute sa surface ; — 11° que la direction oblique et très-inclinée de cette membrane, par rapport à l'axe du

conduit auditif, constitue une disposition vicieuse qui, en affaiblissant l'ouïe, rend l'oreille très-rebelle à certains sons.

—*Contributions à l'anatomie de la membrane du tympan,* par M. Van Trœltsch (Zeitschs. f. wiss. zool. et Gazette hebdomadaire, p. 270).

—*Anatomie microscopique des reins*, par M. Isaacs (Trans. of New-York Acad. of med., t. Ier, et Archives générales de médecine, mai, p. 610). — Examen critique des travaux antérieurs. —Pour M. Isaacs, les tubes urinifères ont un épithélium en pavé, souvent vibratile chez les animaux inférieurs; — la touffe capillaire de Malpighi (corpuscules) est renfermée dans l'extrémité renflée des canalicules tortueux. — Ces touffes sont recouvertes par l'épithélium, et ne se trouvent pas à nu dans l'intérieur de la capsule; les corpuscules de Malpighi laissent transsuder, comme les cellules des canalicules, le plus grand nombre des principes propres à l'urine. — Le rein possède un stroma fibreux, à cellules à noyaux sans tissu élastique; —l'induration du stroma peut exercer une fâcheuse influence sur la nutrition de l'organe, en rétrécissant les vaisseaux.

— *Corps rudimentaires dans les testicules de nouveau-nés*, par M. Giraldès (Bulletin de la Société anatomique, p. 289; 1857). — M. Giraldès présente un testicule de nouveau-né : sous la séreuse vaginale, au niveau de la base du paquet des vaisseaux, en avant du canal déférent et des veines testiculaires, on voit des taches blanchâtres formées par des *corps rudimentaires non encore décrits*, qui seraient des *vestiges du corps de Wolff*. Ces taches, qui existent en nombre variable, tantôt réunies en une seule, tantôt au nombre de deux ou trois, sont formées par l'agglomération de petits organes composés de canalicules, les uns ouverts, les autres complétement clos, réunis par faisceaux de deux ou trois, et remplis de cellules épithéliales. Ces corps sont constants, et ils sont le point de départ de ces kystes, renfermant parfois des spermatozoïdes, que l'on voit se développer dans l'épaisseur du cordon.

— *Etudes anatomiques et anatomo-pathologiques sur la statique de l'utérus*, par M. Aran (Archives générales de médecine, février, p. 139). — Sous le nom de *statique de l'utérus*, M. Aran comprend l'étude de la situation de cet organe en elle-même, dans les conditions anatomiques qui ont pour but de l'assurer, dans les circonstances qui peuvent l'altérer plus ou moins profondément.—L'auteur étudie les moyens de suspension de l'utérus, et il arrive à ces résultats : 1° L'utérus est suspendu dans la cavité du bassin, chez les femmes pubères, par un ensemble de moyens de suspension composés des insertions du col de la vessie et du vagin en avant, de ce conduit et du ligament postérieur en arrière, du vagin et des fibres latérales du ligament postérieur latérale-

ment ; — 2° la réunion de ces moyens de suspension constitue un axe véritable, *axe de suspension*, autour duquel s'opèrent les mouvements de l'utérus. — L'auteur examine ensuite quelle est la situation de l'utérus et de ses parties constituantes, de son *axe d'inclinaison*, par rapport aux parois du bassin. Cette seconde partie de son Mémoire se trouve ainsi résumée par M. Aran :

— « Mes premières recherches m'avaient conduit à regarder l'inclinaison latérale droite comme la plus commune; depuis, j'ai trouvé un nombre à peu près égal d'inclinaisons à droite et à gauche. Mais ce que je puis affirmer, et sur ce point Tiedemann était resté dans le doute, c'est que l'immense majorité de ces inclinaisons remonte à une époque antérieure à la naissance. J'ai trouvé chez des fœtus avant terme l'utérus tout à fait incliné à droite ou à gauche, comme j'aurais pu le rencontrer chez une femme pubère ou chez une multipare. Il n'y a donc pas lieu d'attacher une plus grande importance aux obliquités avec ou sans flexion latérale qu'aux antéflexions, et bien que je ne puisse rien affirmer relativement aux conditions que peut éprouver cette inclinaison ou inflexion latérale par le fait du développement normal de l'organe, il ne me paraît pas impossible qu'elle se modifie, disparaisse même, bien qu'elle doive trouver dans l'inégalité de longueur des cordons sus-pubiens un obstacle d'une véritable importance. — En résumé, l'utérus éprouve, depuis la vie intra-utérine jusqu'à un âge très-avancé, et sous des influences qui tiennent au développement naturel de l'organe et à l'exercice de ses fonctions, des modifications profondes dans sa structure, et, par suite, dans la direction de son axe d'inclinaison. D'abord plus ou moins infléchi sur le col, le corps de l'utérus se redresse peu à peu, et peut même finir par se trouver dans l'axe du col. En outre, l'utérus offre souvent, à partir de la vie intra-utérine, des inclinaisons latérales avec ou sans flexion du corps de l'organe, inclinaisons et inflexions qui sont sinon produites, au moins entretenues par le raccourcissement du cordon sus-pubien correspondant à l'inflexion et à l'inclinaison. C'est donc à tort qu'on a considéré généralement comme états pathologiques et traité comme tels l'antéflexion de l'utérus et les inclinaisons ou inflexions latérales de cet organe ; c'est donc à tort, dans l'immense majorité des cas, que des femmes ont été soumises à de dangereuses tentatives de redressement. Reste à savoir cependant si la prolongation de l'antéflexion au delà de l'époque de la vie à laquelle elle constitue presque un état normal ne pourrait pas donner lieu à des accidents, s'opposer à la sortie du sang menstruel, et devenir une cause de stérilité. La chose est possible, très-probable même; mais ce que je puis dire en terminant, c'est que les faits de ce genre, s'ils existent, doivent être extrêmement rares, et qu'ils n'infirment en rien la conclusion géné-

rale qui me paraît devoir être tirée des recherches précédentes, à savoir : que le médecin n'a pas généralement à intervenir, et surtout par des moyens mécaniques, dans les antéflexions, les obliquités, et peut-être aussi dans les latéroflexions de l'utérus. »

—*Anatomie normale et pathologique de la portion vaginale de l'utérus*, par M. Wagner (Archives de Vierordt et Gazette médicale de Paris, p. 87). — L'auteur décrit des glandes utriculiformes, perpendiculaires à la muqueuse ; l'épithélium est en pavé à la surface, à forme allongée au-dessous. Presque toujours, à partir de l'âge adulte, on trouve un grand nombre de kystes, gros comme un grain de chènevis, faisant ou non saillie. Ils ressemblent à ceux du col utérin.

— *Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, par M. Guyon (Thèse de Paris, n° 48).—Etudiant les cavités de l'utérus depuis la naissance jusqu'à l'extrême vieillesse, et mettant en usage divers modes de préparations, entre autres l'injection solidifiable des cavités, M. Guyon a pu donner, sur leur forme et sur celle de leurs orifices, des détails descriptifs nouveaux. Il a fait voir surtout les changements qu'impriment aux cavités la puberté, la grossesse, la cessation des fonctions de l'organe ; pour lui, les changements portent presque uniquement sur la cavité du corps, et, en particulier, sur le segment supérieur de cette cavité, qui est l'analogue des cornes utérines des animaux, le col étant, à la naissance, plus long que souvent on ne le trouve après des grossesses. Il a décrit d'une manière toute spéciale l'orifice interne, et cherché à prouver qu'il est fermé à l'état normal par l'emboîtement réciproque des colonnes des arbres de vie, qui sont toujours latérales, et jamais médianes comme tous les auteurs le répètent. Ce mode de fermeture par emboîtement des parois se retrouve à l'orifice utérin des trompes, ce qui n'avait pas encore été dit : on le retrouve en anatomie comparée. Chez la vieille femme, il y a le plus souvent oblitération au niveau de l'orifice interne, accumulation d'un liquide séreux dans le corps, visqueux dans le col. Après certaines déviations prolongées, il y a chez la femme en âge de fécondité un véritable rétrécissement au niveau de l'orifice interne qu'il appelle *isthme*. De ces faits il conclut que les deux cavités sont physiologiquement indépendantes. La thèse se termine par quelques déductions relatives au cathétérisme utérin, aux injections intra-utérines, aux rétrécissements de l'isthme, à l'influence de certaines déviations sur leur production.

—*Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien dans leurs rapports avec l'ovulation et la menstruation*, par M. Rouget (Journal de physiologie, p. 320). — Il résulte des recherches consignées dans ce Mémoire : 1° Que, chez la femme, le corps de l'utérus présente la

structure d'un organe érectile, d'un véritable corps spongieux; — 2° qu'à l'ovaire aussi est annexé un bulbe érectile; — 3° que dans toutes les classes de vertébrés, et en particulier chez tous les mammifères, un appareil musculaire spécial embrasse l'oviducte et l'ovaire, et détermine leur adaptation; — 4° que les faisceaux des membranes ovario-tubaires (*misoarium et misomitrium*) ont avec les corps spongieux, et surtout avec leurs sinus efférents, des rapports tels, qu'au moment de la contraction, les mailles des réseaux, au milieu desquels cheminent les conduits veineux, se resserrant en tous sens, ceux-ci doivent nécessairement se trouver comprimés, et la sortie du sang plus ou moins complétement empêchée; — 5° que la contraction de l'appareil musculaire ovario-tubaire, persistant pendant toute la période de l'ovulation, l'obstacle à la sortie du sang, et l'érection des corps spongieux de l'utérus et de l'ovaire, qui en est le résultat, ont la même durée; — 6° que la menstruation coïncidant aussi, d'autre part, avec l'ovulation, il est naturel de la considérer comme la conséquence immédiate de l'érection de l'utérus; une véritable hémorrhagie menstruelle ne se montrant d'ailleurs que là où cet organe présente une structure véritablement érectile; — 7° que si l'excitation sexuelle peut, comme cela paraît probable, déterminer l'érection de l'utérus et de l'ovaire, il est facile de se rendre compte par là de son influence sur le rapprochement des périodes de la menstruation et de l'ovulation.

— *De quelques cellules à parois épaisses chez les animaux*, par M. Furstenberg (Archives de Muller, 1857, et Archives de médecine, II, p. 102). — L'auteur considère les corpuscules osseux comme autant de cavités formées par des cellules à parois épaisses, et dont la membrane externe se serait prolongée dans l'espace vide dont elle n'épouse pas d'ailleurs complétement la forme. Il traite ensuite des cellules cartilagineuses, de celles du tissu dentaire, en cherchant toujours à montrer que l'étude du développement cellulaire dans les plantes éclaire l'histoire du même développement dans les espèces animales, et que, des deux parts, les lois générales sont les mêmes.

— *Sur la structure de l'épithélium vibratile,* par M. Friedreich (Gazette médicale, p. 650). — L'épithélium des conduits biliaires, dans les embryons, est muni d'un rebord strié, et quelquefois d'un double couvercle, dont le supérieur est distinctement strié. L'auteur a vu ces stries se continuer avec les cils eux-mêmes, et se prolonger d'un autre côté, dans l'intérieur de la cellule, jusqu'au noyau ou même jusqu'au fond de cette cellule.

— *Recherches sur le développement et la structure intime du tissu osseux,* par T. Laënnec (Thèses de Paris, n° 92). — L'auteur fait connaître les résultats des recherches de M. Morel (de Strasbourg), et met en regard les opinions des principaux microgra-

phés. Il étudie d'abord le cartilage, et admet que son élément caractéristique est composé d'une première enveloppe dure, cartilagineuse, *capsule;* d'une seconde enveloppe fine, molle, limitant la *cellule;* d'un contenu finement granulé de cellule, d'un *noyau* et d'une *nucléole.* — L'os peut se développer aux dépens du tissu conjonctif, dont les cellules sont nombreuses (*cellules plasmatiques*).—Le corpuscule osseux ne représente pas toute la cellule cartilagineuse, mais seulement le noyau de cette cellule.— La moelle se développe aussi aux dépens de quelques-unes des cellules du cartilage, qui subissent la fonte graisseuse, ou prennent peu à peu la forme des cellules de la moelle.

— *Note sur les corpuscules des os et sur le développement des os secondaires*, par M. Rouget (Journal de physiologie, p. 734). — M. Rouget expose, en les complétant, les idées déjà émises dans son Mémoire sur le développement et la structure du système osseux (Paris, 1856).

— *Sur les éléments osseux primordiaux et secondaires*, par M. Bruch (Gazette médicale, p. 650). — Dans un organe donné, les parties cartilagineuses existent primitivement ; les parties osseuses viennent plus tard. Des cartilages primordiaux peuvent persister ou se changer en fibrilles, en graisse, ou s'ossifier; mais le dépôt des sels calcaires n'affecte pas les cellules cartilagineuses ; il ne se produit pas de cellules osseuses.

—*De l'ossification du cartilage primordial*, par Baur (Archives de Muller et Archives de médecine, II, p. 106). — 1° Comment la structure de la substance osseuse se fait-elle dans le tissu si différent du cartilage ? — 2° Dans quels rapports sont les éléments du cartilage et de l'os?

—*Des cellules de cartilage*, par M. Lachmann (Archives de Muller, 1857 ; et Archives générales de médecine, II, p. 102).—L'auteur pense que les corpuscules sont des cellules, et ne sont pas constituées par une cavité que recouvrirait une couche de substance fondamentale.

— *De l'union du cartilage aux os de la première côte*, par M. Luschka (Archives de Muller et Archives de médecine, p. 106). — D'après ce professeur, le développement du corps de la côte et celui du cartilage sont indépendants, même pendant la vie fœtale, au même titre que le cartilage intervertébral l'est de la vertèbre. Les cartilages costaux et intervertébraux sont séparés originairement, de la portion destinée à devenir osseuse, par une masse de cellules.

— *Nouvelle comparaison des membres pelviens et thoraciques chez l'homme et les mammifères, déduite de la torsion de l'humérus*, par M. Ch. Martins (Archives générales de médecine, II, p. 479.—Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 19).—Il résulte de cette comparaison : 1° Que, dans l'homme et les singes anthropomorphes,

tous les axes de l'humérus, celui du col, celui du corps de l'os et celui de la trochlée, sont dans un *même plan*, tandis que, chez les autres vertébrés, l'axe du col et celui de l'os sont dans un *plan perpendiculaire* à l'axe de la trochlée;—2° Que, pour comparer l'humérus au fémur, qui est un os droit, il faut le détordre de 180 degrés; par ce fait seul, on ramène le membre thoracique à son type de membre pelvien.—M. Martins passe en revue la disposition du tibia et du péroné, du bassin et de l'épaule, chez les mammifères monodelphes, terrestres et amphibies, et d'une comparaison généralisée à tous les mammifères, il conclut que les adaptations fonctionnelles seraient impuissantes à rendre compte des différences qui ont été signalées entre les membres thoraciques et abdominaux. Elles sont, suivant lui, le résultat de lois organiques supérieures qui les dominent et les déterminent.

— *Le pied et la main*, par M. Fick (Archives de Muller et Archives de médecine, p. 106). — Les différences sont tirées de la forme des articulations, des mouvements, etc.

—*Des fibres élastiques et des fibres musculaires*, par M. Welcker (Zeitsch. f. rat. Mediz. et Gazette médicale, p. 483). — Ces fibres ne sont pas des tubes creux, mais elles renferment des espaces vides, disposés suivant la longueur des fibres, comparables aux corpuscules osseux.

—*Sur la structure des fibres musculaires. Résultats des recherches instituées au moyen de la lumière polarisée*, par M. Brucke (Sitzungsber, etc., et Gazette hebdomadaire, p. 199).— 1° Il faut distinguer dans les muscles deux substances différentes : l'une peu réfringente, isotrope, et l'autre fortement réfringente, anisotrope. — 2° Les phénomènes de la double réfraction que présentent les cylindres musculaires isolés ou les faisceaux plus considérables sont la somme des effets des divers *sarcous elements*. — 3° Les phénomènes se passent exactement comme si chaque *sarcous element* était un corps positif doublement biréfringent à un seul axe, parallèle, dans tous les états du muscle, à la direction des fibres. — 4° Les *sarcous elements*, à leur tour, représentent des groupes entiers de corpuscules biréfringents, auxquels je propose de donner le nom de *disdiaclastes*. — 5° De la distribution différente des disdiaclastes dans la substance fondamentale isotrope provient l'aspect très-différent que présentent, sous le microscope, les muscles vivants et les muscles morts. — 6° Les fibres musculaires non striées ou lisses sont celles dans lesquelles les disdiaclastes sont uniformément répartis, ou dans lesquelles les groupes de disdiaclastes sont si petits qu'on ne peut les reconnaître isolément. — 7° Les disdiaclastes sont des corpuscules de volume et de forme inaltérables; ni les chocs alternatifs d'un moteur électro-magnétique, ni des courants constants qui les traversent, n'exercent aucune influence

notable sur leurs constantes optiques, ni ne déplacent notablement leurs axes, abstraction faite des changements de position qu'entraîne avec elle, pour la substance musculaire, la contraction provoquée. — 8° Sous l'influence de la potasse, de la soude, de l'acide acétique, de l'acide chlorhydrique, et enfin de la coction, leur action biréfringente se trouve détruite.

— *Croissance des muscles*, par M. Budge (Académie des sciences, 11 octobre). — L'accroissement des muscles repose sur deux changements, en tant que : 1° Chaque fibre devient plus épaisse et plus longue, comme les recherches microscopiques le prouvent ; — 2° des fibres nouvelles se forment. — Il s'ensuit de là que le nombre des fibres diminue par manque de nutrition, et qu'elles perdent considérablement de leur largeur.

—*Sur la disposition des aponévroses du cou*, par E. Legendre (Société de biologie et Gazette médicale, p. 223). — Si l'on fait une coupe à la partie moyenne du cou, on voit que deux cercles aponévrotiques formant une infinité de loges enveloppent, le premier, les muscles et les organes situés autour du larynx et de la trachée ; le second, les muscles qui entourent la colonne vertébrale ; enfin, un grand cercle aponévrotique superficiel enveloppe à son tour toute la région cervicale. Au cou, comme partout ailleurs, chaque organe a une aponévrose, que M. Legendre rattache à une de ces grandes divisions.

— *Recherches sur la structure de l'appareil à venin de la vipère*, par M. L. Soubeiran (Académie des sciences, 25 octobre).— L'auteur établit, dans ce travail, que les lobules qui composent la glande s'ouvrent tous dans un canal excréteur commun, qui lui-même aboutit dans la dent, après s'être légèrement dilaté pour former une sorte de réservoir où l'humeur sécrétée peut s'accumuler. Si cette humeur ne s'écoule pas d'une manière continue, c'est que le crochet, en se repliant dans la bouche, détermine un pli dans la direction du canal et l'obstrue ainsi momentanément.

PHYSIOLOGIE.

— *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*, par M. C. Bernard (Paris, J.-B. Baillière et fils, 2 vol. in-8°. XVI, 1042 pages). — Dans cette étude, le premier liquide par ordre d'importance, le plus complexe aussi dans ses éléments et ses propriétés, est le sang. Les expériences de M. Bernard nous offriront beaucoup de résul-

tats nouveaux. Ainsi, au sujet de la température du sang, il faudra abandonner les opinions anciennes sur le siége de la calorification. Les résultats dont nous avons à parler ont été obtenus avec les instruments les plus précis qui aient jamais existé, et les expériences ont été faites avec l'aide de M. Walferdin, l'inventeur de thermomètres qui peuvent accuser des variations de température de 1/200 de degré centigrade. Elles montrent que, contrairement aux idées admises, le sang veineux est plus chaud que le sang artériel. La théorie de Lavoisier doit donc être rejetée pour le point relatif au siége de la calorification, qu'elle mettait dans le poumon. — Parmi les sangs veineux, les uns, comme celui qui vient des membres et celui qui vient de la tête, sont plus froids que le sang artériel correspondant ; tandis que, dans les parties centrales, le sang veineux est plus chaud que le sang artériel (cela est notable, surtout pour le foie qui donne le sang veineux le plus chaud de l'économie). En somme, le mélange de ces divers sangs est tel, que dans le ventricule droit il y a excès de température sur le sang qui a traversé le poumon. La calorification se ferait dans les organes eux-mêmes dont le tissu offre une température supérieure à celle du sang qui les traverse. Au sujet de l'élévation de température qui suit la section du grand sympathique au cou, M. Bernard continue à penser que cet excès n'est pas dû au passage plus rapide du sang, mais à la fonction de calorification exagérée. Dans l'oreille saine, il y aurait, par compensation, une calorification diminuée, d'où l'abaissement de température qui a été signalé. — Une autre propriété importante du sang, indispensable pour le rôle qu'il a à remplir, est son degré de tension dans le système artériel. — En comparant les divers instruments institués pour mesurer cette tension, M. Bernard préfère l'hémomètre de Magendie, comme accusant mieux la pression additionnelle de chaque systole du cœur. Il propose, pour comparer la pression de deux artères différentes, un hémomètre différentiel. A l'aide de ces instruments, il a obtenu les résultats suivants : — La tension minimum étant regardée comme *fixe* (opinion dont la responsabilité appartient à M. Poiseuille), les oscillations produites par le cœur ont une amplitude inversement proportionnelle à la tension *fixe*. Tout ce qui augmente cette dernière diminue les oscillations. La tension fixe est augmentée dans l'effort, dans la transfusion du sang, dans le cas de ligature d'un gros vaisseau. — Les nerfs ont une influence sur la tension du sang : ainsi la section du grand sympathique augmente la tension dans les artères de la face ; les oscillations dues à la systole du cœur croissent en même temps. La galvanisation produit des résultats inverses. Du côté des veines, la section du grand sympathique augmente la tension, la galvanisation la diminue. — La coloration du sang offre aussi des résultats intéres-

sants ; l'auteur démontre que la distinction du sang en rouge et noir, comme synonyme d'artériel et veineux, est trop exclusive, le sang des reins, par exemple, est rutilant à l'état normal. Il est également rutilant dans tous les cas de dilatation des capillaires, tant dans l'état physiologique, comme dans l'activité fonctionnelle des glandes, qu'à l'état pathologique, fièvre typhoïde, ou même dans certaines conditions factices : section du grand sympathique, empoisonnement par le curare. Enfin, M. Bernard, qui a le premier signalé l'influence du grand sympathique sur les vaisseaux, indique de nouveaux nerfs vasculaires, dont l'excitation produirait la dilatation des vaisseaux et qui seraient, par conséquent, des antagonistes du grand sympathique. — L'auteur aborde enfin la partie la moins avancée, et par suite la plus difficile à étudier expérimentalement : la composition chimique du sang. Si de ces recherches il ne ressort pas beaucoup de faits nouveaux bien acquis, elles ont du moins le grand mérite de détruire beaucoup d'erreurs accréditées. Ainsi, la théorie de Lavoisier impliquait la formation d'eau dans l'économie, par oxydation de l'hydrogène ; or, cette production d'eau n'est rien moins que démontrée, et celle qui passe dans les sécrétions est directement enlevée au sang qui l'a perdue quand il sort de la glande à l'état veineux. La fibrine est également enlevée au sang qui a traversé une glande, mais elle ne se trouve pas dans le produit de la sécrétion ; qu'est-elle devenue ? Bien plus, la fibrine et l'albumine n'existent pas dans le sang à l'état sous lequel nous les connaissons; ces états semblent résulter d'altérations que subit le sang hors des vaisseaux. La transformation du sang artériel en sang veineux n'est plus aussi intimement liée à la fonction respiratoire qu'on le croyait autrefois, elle semble liée surtout à l'état fonctionnel de certains organes, à la contraction musculaire surtout. Enfin, dans la transfusion du sang, l'importance du choix d'un animal de même espèce n'est pas nécessaire, comme on le pensait autrefois, on peut même, sans inconvénient, transfuser le sang d'un oiseau à un mammifère. — Vient ensuite l'étude des liquides, qui sont séparés du sang comme produit de sécrétion ou d'excrétion. — L'urine rentre dans cette dernière classe, et son élément le plus important par sa constance est l'urée que le rein sépare du sang. La sécrétion urinaire offre à étudier deux parties essentielles, l'une mécanique, l'autre physiologique. La première semble liée, comme l'a dit Ludwig, aux conditions de la circulation dans la glande. L'augmentation de la tension sanguine s'accompagne d'une augmentation parallèle dans la sécrétion, mais il y a d'autres conditions moins faciles à saisir, et l'accélération circulatoire ne suffit pas, comme dans le cas où le rien serait un organe filtrant. Les conditions physiologiques de la sécrétion sont plus difficiles à saisir

dans leur essence; c'est elle qui fait que le rein irrité laisse passer l'albumine et non l'urée qui est alors restée dans l'intestin; qui fait que le rein altéré n'exerce plus son action transformatrice normale sur les principes odorants de l'asperge et de l'essence de térébenthine, comme l'a montré M. de Beauvais. En étudiant sérieusement les conditions d'élimination de diverses substances par les urines, l'auteur insiste particulièrement sur les faits qui offrent un intérêt au point de vue médical : élimination du sucre, de l'albumine, du fer, etc. Il passe en revue ensuite diverses autres sécrétions, celles de la sueur, de la bile et du lait; mais la partie la plus importante, celle qui contient le plus de faits nouveaux, est la sécrétion salivaire. La sécrétion de la salive est liée, comme les autres sécrétions, à l'activité circulatoire des glandes qui les fournissent ; or, cette activité dépend du système nerveux d'une manière toute spéciale. Il existerait certains filets nerveux dont la galvanisation fait dilater les vaisseaux à l'inverse de ce qui se passe pour le grand sympathiqne, et ces filets amèneraient, quand on les excite, une abondante sécrétion ; la corde du tympan serait leur origine réelle. Ils ne seraient pas sans analogues dans l'économie; le rameau auriculaire antérieur de la cinquième paire produirait les même effets sur les vaisseaux de l'oreille; les branches terminales du pneumogastrique auraient la même action sur les vaisseaux du rein. La sécrétion pancréatique est ensuite examinée. M. Bernard, forcé de répondre à une polémique assez vive, engagée contre lui, cherche à montrer que toutes les expériences qu'on lui objecte laissent à désirer au point de vue de la précision, et que rien n'a été fait pour démentir les résultats obtenus par lui et auxquels il se borne entièrement. En terminant, l'auteur passe en revue quelques autres liquides de l'économie pour compléter le cadre qu'il s'était proposé ; mais, sur ces divers points, on ne rencontre pas de faits bien nouveaux et qu'on puisse comparer à ceux que nous venons de signaler relativement au sang et à la sécrétion salivaire.

— *Sur quelques perfectionnements à apporter dans l'établissement des fistules gastriques artificielles*, par M. Blondlot (Journal de physiologie, p. 89). — Dans ce nouveau procédé, il faut, après avoir ouvert l'abdomen et saisi l'estomac, passer à travers les parois de ce dernier un fil solide formant une anse ; après quoi, on fait aux parois abdominales une boutonnière de 1 centimètre 1/2 dans l'hypocondre gauche ; la portion de l'estomac comprise daus l'anse est attirée à travers la boutonnière et maintenue au moyen d'une cheville de bois. — La fistule établie, on emploie une espèce d'obturateur, en forme de champignon, qui est d'abord introduit dans l'estomac par les voies naturelles, puis ramené à travers la fistule, de manière que la tête reste dans

la cavité stomacale comme obturateur, et que la tige soit rendue immobile au moyen d'une goupille. — On comprend facilement comment cet instrument est placé et enlevé.

— *Fonctions du pancréas*, par MM. Bérard et Colin (Académie de médecine, 19 janvier). — Nouvelles expériences pour prouver *l'absorption des corps gras en l'absence du fluide pancréatique.* On avait objecté au premier travail de ces auteurs (Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 43) qu'il pouvait rester du suc pancréatique dans l'intestin. — C'est pour échapper à cette objection que MM. Bérard et Colin ont entrepris la dernière série d'expériences qui fait l'objet de ce nouveau travail.— « Il ne s'agit plus ici, dit M. Bérard, d'animaux mis à mort le jour même où ont été interrompues les voies pancréatiques, mais d'animaux sacrifiés au milieu de la plus robuste santé, sept mois après la mutilation qu'ils ont eu à subir ; d'animaux, dont quelques-uns sont devenus seize fois aussi pesants qu'ils l'étaient le jour où ils ont été opérés. » Suit la relation de ce qui a été observé sur deux palmipèdes, deux cochons et plusieurs chiens, tous opérés en mai ou en juin dernier, et sacrifiés tout récemment en présence des membres de la Commission. — Après avoir exposé avec détail ces expériences, M. Bérard en résume les résultats en ces termes : « Voilà donc, parmi les animaux sacrifiés sous les yeux de la Commission et examinés par elle, un chien, un cochon et un canard, chez lesquels tout commerce entre le pancréas et l'intestin est complétement détruit, trois animaux où il n'y a plus le moindre vestige de glande en connexion avec le duodénum. Ces animaux ont été conservés six mois, se sont développés à merveille et ont pris passablement de graisse. Nous pourrions ajouter que les personnes non prévenues n'auraient pas soupçonné pendant ce laps de temps, chez ces victimes de l'expérimentation, la perte d'un organe auquel on attache tant d'importance. — Les enseignements qui découlent de ces recherches successives sur tant d'animaux sont donc bien opposées aux doctrines acceptées en physiologie depuis quelques années. Nous n'avons pas vu le déversement du suc pancréatique à l'extérieur, ou l'extirpation du pancréas s'opposer à l'absorption des graisses et à la formation du chyle blanc. Nous n'avons pas observé que ces opérations donnassent lieu à des selles graisseuses, au marasme, à la mort des animaux, à l'atrophie des villosités et à l'ulcération de la muqueuse intestinale. — Loin de là, nos vivisections nous ont montré que sans la participation du pancréas les matières grasses peuvent être digérées et absorbées ; que, dans ces conditions, les animaux vivent fort bien, se développent régulièrement, prennent de l'embonpoint, n'ont pas de déjections graisseuses, et conservent une muqueuse digestive fort belle, avec de magnifiques villosités. — Tous ces résultats d'expériences longtemps suivies et multipliées

sur des types variés nous permettent, cette fois, de généraliser plus que par le passé, et de dire, sans trop de témérité, que, *chez les herbivores ruminants, les carnassiers, chez le porc, qui est omnivore, et chez les oiseaux, le fluide pancréatique n'est nécessaire ni à la digestion, ni à l'absorption des matières grasses.* »

La lecture de ce mémoire a été faite par M. Ségalas, en l'absence de M. Bérard. Plusieurs membres demandent la parole : la discussion est renvoyée à l'époque où M. Bérard pourra assister à la séance.

Toutes les questions relatives à l'extirpation du pancréas ont été traitées *in extenso* par M. Bérard, dans la Gazette hebdomadaire, p. 59.

— *Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés; expériences parallèles sur la digestion gastrique et intestinale; inductions cliniques*, par M. Corvisart (Gazette hebdomadaire, p. 328). — Le long et intéressant mémoire de M. Corvisart se termine par des propositions physiologiques et des inductions pathologiques, sur lesquelles nous reviendrons; voici tout ce qui se rapporte à la physiologie : 1. Les aliments azotés sont digérés par l'estomac; ils le sont aussi par le pancréas. — 2. Le pancréas est, pour ainsi dire, un organe supplémentaire, dont l'action, pour les repas copieux, vient s'ajouter à celle de l'estomac. — 3. La nature des deux digestions est semblable, en ce sens que chaque aliment soumis, soit à l'une d'elles, soit à l'autre, est transformé en un produit alibile exactement semblable (l'albuminose ou peptone). — 4. Le suc pancréatique éprouve, sous l'influence de la chaleur et de certains agents, des réactions particulières que *le suc gastrique n'éprouve point.* Cette différence dans les sucs se retrouvant après que, par la digestion, ils se sont chargés de peptones, on a pu croire, à tort, à une différence entre celles-ci; mais l'erreur possible étant signalée est facile à éviter. — 5. Lorsqu'un aliment ou une portion d'aliment azoté a subi complétement la digestion gastrique, le suc pancréatique n'exerce plus aucune action sur lui et ne le transforme pas en une autre peptone. — 6. C'est sur la partie des substances albuminoïdes qui a quitté l'estomac avant d'avoir été transformée en albuminose que le pancréas est appelé à agir. — 7. Dans certains cas, la somme d'action du pancréas peut égaler celle de l'estomac. — 8. Si l'on n'avait égard qu'à la quantité des fluides digestifs sécrétés, on croirait l'estomac bien plus puissant, car le suc gastrique est dix fois plus abondant que le suc pancréatique; mais, par compensation, le suc pancréatique est dix fois plus riche en ferment (pancréatine). — 8. Si l'action du suc gastrique est aidée par un séjour et un brassage prolongés avec l'aliment, le suc pancréatique jouit du grand

privilége d'agir également bien à l'état alcalin, neutre ou acide, et trois fois plus vite sur l'aliment azoté. — 10. Tout est disposé dans le duodénum pour que le suc pancréatique agisse aussitôt qu'il rencontre l'aliment; tout est disposé dans l'estomac pour qu'une grande portion des aliments soit transformée en peptone, et, de plus, pour que l'autre portion soit au moins préparée à subir très-rapidement la digestion pancréatique. — 11. Cette préparation, qui varie avec la qualité et la quantité, soit de l'aliment, soit du suc gastrique, etc., consiste tantôt en une simple imbibition, tantôt en une dissociation ou en une division extrême, tantôt en une dissolution. La digestion pancréatique, vu sa rapidité forcée, trouve dans cette préparation un aide utile, l'estomac jouant, dans ce cas, vis-à-vis du pancréas, le même rôle que les dents remplissent vis-à-vis de la digestion gastrique. — 12. Toutefois, de même que le suc gastrique peut digérer seul, le suc pancréatique est capable d'accomplir seul la digestion des aliments qui n'auraient pas subi cette préparation ou division gastrique. Ainsi, les matières albuminoïdes, *directement* mises en fragments dans l'intestin à l'état de *crudité*, c'est-à-dire sans aucune préparation, y sont parfaitement et complétement digérées, l'action est seulement plus lente. — Le suc pancréatique exerce par lui-même la digestion des aliments azotés, sans qu'il ait besoin de l'adjonction du suc intestinal ou de la bile pour acquérir la propriété digestive. Pratiquée à l'étuve dans des bocaux, avec du suc pancréatique ou de la pancréatine isolée, la digestion des aliments azotés se passe comme dans le duodénum même. — 13. Lorsque le suc gastrique et le suc pancréatique sont séparés et agissent successivement, chacun exerce sa fonction dans sa plénitude, et la quantité d'albuminose produite peut être ainsi doublée. — 14. Mais c'est une chose remarquable que si ces deux ferments digestifs se rencontrent à l'état pur, les deux digestions cessent de s'exercer aussi librement; loin que le produit digéré soit doublé par cette réunion, au contraire il peut se réduire à rien, car dans cette circonstance non physiologique, la pepsine et la pancréatine s'entre-détruisent. — 15. Dans l'état normal, la nature prévient ce conflit par trois moyens: 1° Le pylore, qui sépare les deux ferments; — 2° la digestion gastrique même par laquelle la pepsine, en formant la peptone, s'épuise et s'abolit; — 3° la bile, qui, ainsi que l'a démontré Pappenheim, anéantit l'activité du ferment gastrique. — 16. La bile ne précipite pas la peptone produite par l'influence de l'estomac, de sorte que la digestion soit détruite et à refaire; au contraire, c'est la bile elle-même qui est précipitée par l'acide du suc gastrique ou du chyme. — 17. La nature de l'aliment azoté influe beaucoup sur la quantité de peptone que, au profit de l'économie, les deux digestions successives peuvent produire. Ainsi, dans nos

expériences, tandis que la musculine, la caséine, fournissaient près de 30 grammes de peptone parfaite, l'albumine ou le tissu gélatigène, quoique donnés à quantité égale, en produisaient à peine 15 grammes. — 18. La digestion, soit gastrique, soit pancréatique, efface d'abord, dans les diverses substances albuminoïdes, leurs propriétés les plus caractéristiques; elle liquéfie les insolubles, enlève à l'albumine sa coagulabilité, à la caséine la propriété de se cailler par la présure, à la gélatine celle de se prendre en gelée, à la musculine celle de se précipiter par le chlorure de sodium, etc.; enfin, elle les transforme toutes en albuminoses ou peptones. — Les albuminoses, pour avoir des réactions individuelles beaucoup moins prononcées que les matières albuminoïdes dont elles émanent, n'en conservent pas moins des caractères différentiels. — 19. La nature des peptones varie comme les substances azotées dont elles proviennent, cette variété répondant ainsi à des besoins (plastiques?) différents de l'économie. — 20. Les albuminoses ou peptones qui ont le plus d'analogie et sont les plus difficiles à distinguer entre elles, sont : l'albumin-peptone, la musculin-peptone, et, chose remarquable, la gélatin-peptone, comme si les aliments dont elles émanent étaient entre eux moins différents qu'on ne croit. La fibrin-peptone, la caséin-peptone, se distinguent mieux entre elles et des précédentes. — De ces faibles différences entre les nutriments azotés ou peptones, résulte, chez eux, une espèce d'équilibre instable favorable au travail d'assimilation exercé par les tissus. — 21. Les peptones ont pour caractères génériques qu'elles restent toujours solubles dans l'eau, soit acide, soit neutre, soit alcaline, ce qui assure une facile circulation dans l'économie. La chaleur ne les coagule pas; l'acétate de plomb ne précipite pas la plupart d'entre elles. Les peptones, d'ailleurs, résistent, en général, mieux que les matières azotées alimentaires aux combinaisons métalliques insolubles. — 22. Les peptones forment un genre aussi bien caractérisé que le genre albuminoïde; il est évident, toutefois, que les progrès de la science détermineront leur nature d'une manière bien plus précise qu'on ne peut le faire aujourd'hui. — 23. Quelques physiologistes persistent dans cette erreur singulière de croire que l'estomac ne fait que gonfler ou diviser les aliments sans les dissoudre. Quelle dénégation apporter à la balance qui montre que, pour un poids considérable, chaque aliment albuminoïde, soumis à l'estomac, est non pas divisé, mais dissous, passe à travers le filtre, est absorbé par les membranes? — 24. D'autres ont soutenu que le suc gastrique, opérant sur les aliments azotés, ne produit que de la gélatine, sans songer que les caractères qui font de la gélatine une espèce albuminoïde particulière n'ont jamais pu être reconnus dans le chyme, même *neutralisé*, après une digestion

de fibrine, de caséine, de musculine, d'albumine, et que la gélatine elle-même perd *définitivement* ses caractères spécifiques, c'est-à-dire se digère dans le suc gastrique. — 25. Enfin, d'autres, poursuivant cette hypothèse ancienne que l'albumine du sang n'est que la matière digérée elle-même, veulent qu'en cessant d'être acides, c'est-à-dire étant neutralisées, les peptones se résolvent en albumine ; l'erreur n'est possible que si, à l'exclusion des autres aliments, on n'envisage que l'albumine ou la fibrine, dont une digestion incomplète prête à l'équivoque. En effet, l'albumine crue échappe toujours en partie à la digestion gastrique ; la fibrine mal digérée ne se transforme qu'en albumine (caséiforme) : hors ces deux cas, si l'on expérimente le produit régulièrement digéré par l'estomac de l'albumine concrète (et lavée), de la caséine, de la musculine, de la gélatine, il n'y a plus accès au doute. Ces peptones ne renferment jamais d'albumine. — 26. Les peptones reçues ou produites par le suc pancréatique alcalin ou neutre et saturées ne forment point non plus d'albumine nouvelle, et n'augmentent pas d'un poids appréciable l'albumine coagulable que le suc pancréatique pur et sans peptone *contient normalement*. — 27. Pendant les trois premières heures qui suivent le repas, époque à laquelle la dissolution, la transformation et l'absorption digestives sont très-peu avancées, le sang de la veine-porte (comparé au sang veineux général) ne s'enrichit point d'une quantité sensible de matériaux azotés par absorption digestive ; d'un autre côté, dans l'intestin ou à l'étuve, les éléments du sang, globules, fibrine, se transforment en albumine (caséiforme), sous l'influence du suc pancréatique alcalin, par un commencement de digestion. — 28. Or, si l'on considère que pendant les trois premières heures de la digestion : 1° Le suc pancréatique versé dans le duodénum y reste à l'état pur et actif ; — 2° que l'absorption par les veines mésentériques n'est pas suspendue ; — 3° que le suc pancréatique peut exercer son action digestive dans un milieu alcalin comme le sang. Si l'on considère, d'autre part, que précisément, pendant ces trois premières heures, une grande partie des globules et de la fibrine du sang de la veine-porte se transforment dans cette veine, *à poids égal*, *en albumine* (comme ils se fussent digérés dans l'intestin sous l'influence de ce même suc pancréatique), il est difficile de reculer devant cette hypothèse, que je formule nettement, d'une *véritable digestion intraveineuse*. — 29. On n'a tracé, entre les matières azotées dites *extractives* et l'albuminose produite par la digestion gastrique ou pancréatique, aucun caractère réellement différentiel. Or, les vaisseaux chylifères, *la veine-porte et sa continuation, les veines hépatiques*, c'est-à-dire les vaisseaux qui reçoivent le plus directement les produits de la digestion, sont beaucoup plus riches

en matières extractives (albuminose) que le reste du sang : on remarquera qu'ils le sont aussi en glycose. — 30. La richesse des vaisseaux du foie en nutriments (albuminose, glycose) peut s'expliquer par l'absorption gastro-intestinale à laquelle vient se joindre d'une manière active la digestion prolongée intraveineuse.

— *Expériences sur la digestion*, par M. Smith (Journal de physiologie, p. 144). — Les expériences ont été faites sur le Canadien de M. Beaumont. Touchant l'acidité du suc gastrique, l'auteur conclut : 1° Que la sécrétion de l'estomac, pendant la digestion, a toujours été acide ; — 2° que la réaction acide ne tient ni à l'acide chlorhydrique ni à l'acide phosphorique, mais que son principal agent est l'acide lactique. — M. Smith dit aussi que les matières amylacées sont digérées dans l'estomac humain ; que le suc gastrique de l'homme n'empêche pas la conversion de l'amidon en glucose, et que cette conversion peut avoir lieu dans l'estomac, indépendamment de la salive.

— *Note sur l'origine du sucre contenu dans le chyle*, par M. Colin (Académie des sciences, 28 juin). — Pour répondre aux objections de ceux qui ont nié la formation du glycose dans l'intestin aux dépens des matières animales, l'auteur a soumis de nouveau la question à un examen minutieux. Il a constaté que le liquide pris chez un carnassier, dans les grosses branches chylifères qui se rendent du pancréas d'Aselli à la citerne de Pecquet, et le fluide retiré des larges vaisseaux satellites de l'artère mésentérique chez les ruminants nourris de chair, sont bien manifestement du chyle pur qui n'a pu se mélanger ni avec la lymphe du foie, ni avec celle des parties postérieures du corps. Or, la glycose que renferme ce liquide ne peut venir que de l'intestin. — En second lieu, il est très-facile de prouver que les chylifères absorbent les matières sucrées ; car, si l'on fait prendre une certaine quantité de glycose à un animal, on voit le produit d'une fistule au canal thoracique offrir une proportion graduellement croissante de ce principe, à mesure qu'il se répand dans l'intestin. —En troisième lieu, on regarde avec raison le chyle comme le produit de l'absorption effectuée dans l'intestin par les villosités. Or, si le chyle provient des aliments par la généralité de ses principes, pourquoi n'en dériverait-il pas aussi par sa matière sucrée ? — Enfin, il est inexact de dire que le chyle contienne beaucoup moins de glycose que la lymphe. M. Colin a pu s'assurer du contraire par de nombreuses expériences. La proportion de sucre contenue dans le chyle ne varie pas autant qu'on pourrait le croire dans les animaux de divers régimes. Elle n'est guère plus considérable chez les herbivores que chez les carnassiers. Cette proportion oscille entre 130 et 160 milligrammes pour 100 grammes de liquide chez les solipèdes et les ruminants, et entre 120

et 140 chez les carnassiers exclusivement nourris de chair. Elle augmente beaucoup et d'une manière rapide quand on fait prendre aux animaux des aliments très-riches en matières sucrées, comme le sont certaines racines charnues. — L'activité, le ralentissement ou la suppression du travail digestif font nécessairement varier ces proportions dans des limites très-étendues.

— *Influence du sucre de canne sur la digestion et la nutrition*, par M. Hoppe (Archives de Virchow et Gazette médicale, p. 51). — Résultats : 1° La salive et le suc gastrique ne font subir au sucre de canne aucun changement pendant la première ou les deux premières heures. — 2° Au bout d'une ou de deux heures, de fortes doses de sucre provoquent le vomissement chez le chien. — 3° Aucun changement n'a lieu quand on neutralise le suc gastrique par la craie. — 4° Quand le suc gastrique est neutralisé, la levûre ne paraît produire aucune fermentation dans l'estomac. — 5° Même après l'usage prolongé du sucre, on n'en trouve aucune trace dans l'urine, ni dans les excréments. — 6° La quantité d'acide lactique dans l'urine n'est pas augmentée par l'usage du sucre. — 7° Quand on donne de la viande et du sucre, le poids du corps augmente beaucoup plus vite que par l'usage de la viande seule. — 8° L'excrétion de l'urée est alors beaucoup moins copieuse. — 9° Cette excrétion atteint son minimum par l'usage exclusif du sucre. — 10° La quantité d'azote des *fèces* est à peu près la même, que la viande soit mélangée à du sucre ou qu'elle soit donnée seule. — 11° Quand le sang contient beaucoup de sucre, l'albumine et ses analogues ne s'oxydent pas ; cette albumine paraît se décomposer en même temps qu'il y a formation de graisse. La nourriture sucrée ne profite alors qu'autant qu'il y a en même temps abondance d'albumine. — 12° Les idées de Bernard, que les aliments sucrés ne servent qu'à provoquer la production du sucre dans le foie, tandis que le sucre introduit dans l'économie serait changé en graisse, comme aussi l'idée que la production du sucre dans le foie est la source principale de la chaleur animale, sont inadmissibles. — 13° La température du corps reste la même, que l'animal soit nourri avec de la viande et du sucre ou avec de la viande pure. — 14° L'usage du sucre à haute dose, continué pendant huit jours avec une abondante quantité de viande, ne trouble en rien la santé du chien.

— *Sur l'absorption de la graisse*, par M. Wittich (Archives de Virchow, et Gazette médicale, p. 442). — L'auteur rapporte une observation faite sur un lapin ; il croit à la réalité de l'absorption des globules sanguins en nature.

— *Quelques remarques sur l'absorption de la graisse dans l'intestin, sur la présence d'un foie graisseux physiologique chez les*

jeunes mammifères, et sur la fonction de la rate, par M. Kœlliker (Verhandl. der Physic., et Gazette médicale de Paris, p. 70). — L'absorption de la graisse se fait exceptionnellement dans le gros intestin ; elle est constante dans l'estomac, sans qu'on puisse affirmer qu'elle se fait par les lymphatiques. — Le foie, chez les mammifères à la mamelle, contient de la graisse dans l'intérieur des cellules. — Quant aux fonctions de la rate, l'auteur a fait les remarques suivantes : 1° Chez les nouveau-nés et chez les animaux qui tettent, le sang du foie est très-riche en cellules sanguines incolores ; il y a aussi dans cet organe formation de cellules rouges.—2° Les éléments incolores du sang hépatique, chez les jeunes animaux, proviennent, sinon tous, au moins pour la plupart, de la rate, et l'on trouve aussi dans cet organe une formation de cellules rouges. — 3° Les nombreuses cellules incolores du sang du foie de l'adulte proviennent de la rate. — 4° La lymphe des vaisseaux superficiels de la rate est très-pauvre en cellules, tandis que les vaisseaux lymphatiques profonds en renferment un nombre assez considérable.

— *Recherches sur la nouvelle théorie de M. Bernard relative à l'absorption des substances alimentaires*, par M. Pignatori (Il filiatre Sebezio, et Gazette médicale, p. 703). — L'auteur pense que : 1° Le sucre trouvé dans le canal thoracique ne dérive pas des lymphatiques du foie, mais bien des chylifères ; — 2° les aliments ne doivent pas absolument passer par le foie pour acquérir le caractère de l'assimilabilité ; — 3° les substances nutritives sont absorbées par les chylifères et par les veines, à l'exception des matières grasses dont l'absorption est réservée aux seuls chylifères.

— *Sur l'existence du glycose dans l'économie animale*, par MM. Poiseuille et J. Lefort (Académie des sciences, 22 mars). — De tous les faits consignés dans ce travail, il résulte que chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, considérés immédiatement après la mort, on rencontre toujours une grande quantité de glycose dans le foie ; que la présence de ce principe, dans d'autres points de l'organisme, est accidentelle, temporaire, et n'est due qu'à des conditions physiologiques particulières, qui provoquent dans cet organe une plus grande production de sucre. Si ces faits sont bien constatés, ils démontrent que, dans les vertébrés, de tous les organes, le foie seul forme du sucre. — Les mêmes auteurs ont écrit à l'Académie des sciences (19 juillet) une lettre pour défendre leurs idées contre M. Colin.

— *De la formation physiologique du sucre dans l'économie animale*, par M. Sanson ; rapport de M. Poggiale (Académie de médecine, 13 juillet. — Voir, pour le travail de M. Sanson, l'*Annuaire*, t. Ier, p. 40 et 41). — Il résulte des nombreuses expériences dont les détails sont sommairement exposés dans le rapport, que la matière glycogène que l'on rencontre si abondamment

dans le foie n'est pas fournie par les aliments chez les animaux carnivores ; que la viande de bœuf et de mouton et la chair de lapin ne contiennent pas normalement de matière glycogène. — En résumé, se fondant sur les expériences exposées dans ce rapport, M. le rapporteur soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes : 1° La séparation de la matière glycogène, à l'aide de l'acide acétique cristallisable, est préférable au procédé primitivement employé. — 2° Une décoction concentrée de foie, de chair musculaire, etc., mêlée avec de la salive, et chauffée doucement, fermente en présence de la levûre de bière, si elle contient de la matière glycogène. On doit s'assurer préalablement qu'elle ne renferme pas de sucre. — 3° Les propriétés de la matière glycogène semblent la placer entre l'amidon et la dextrine. — 4° Lorsqu'on agit sur des chiens nourris constamment avec de la viande, la matière glycogène ne se rencontre que dans le foie. Dans l'état actuel de la science, et sans se prononcer sur la question de doctrine, on est donc obligé d'admettre que, chez les carnivores, cette substance se produit dans le foie, et qu'elle ne se forme pas dans les tissus de l'économie. — 5° La matière glycogène se rencontre abondamment dans le foie des herbivores ; on ne la trouve dans les autres organes de l'économie que lorsque ces animaux sont nourris avec des aliments riches en substances amylacées. — 6° Dans un très-grand nombre d'expériences, nous n'avons constaté qu'une fois la présence de la matière glycogène dans la viande de boucherie. Dans d'autres expériences, nous l'avons trouvée constamment dans la chair musculaire des chevaux bien portants. Mais ce fait intéressant, qui est dû aux recherches de M. Sanson, ne prouve pas que la matière glycogène soit toujours fournie par des aliments.

—*Expériences relatives à la glycogénie ; note sur l'importance de la détermination des conditions physiologiques dans cette recherche*, par M. A. Moreau (Gazette médicale. p. 302). — M. Moreau insiste sur la nécessité de bien déterminer l'état de santé de l'animal, avant d'annoncer des résultats physiologiques. Une expérience récente lui a démontré que les veines sushépatiques contenaient une quantité plus ou moins grande de glycose, suivant l'état d'amaigrissement ou de vivacité des chiens.

—*Sur le développement de la cloison ventriculaire du cœur*, par M. Ecker (Gazette médicale, p. 648). —Sur un embryon humain de cinq lignes de longueur, le cœur est replié sur lui-même; les deux oreillettes rudimentaires sont séparées d'un très-gros ventricule par un étranglement ; le bulbe artériel est très-faible ; ce bulbe disparaît de bonne heure. Si l'on ouvre une oreillette, on voit que toutes deux sont séparées du ventricule par une cloison horizontale au milieu de laquelle on distingue une ouverture quadrilobée. Du bord de cet orifice se détache un lambeau qui

forme une saillie de plus en plus prononcée et constituera plus tard la cloison interventriculaire.

— *Recherches sur la durée de la contractilité du cœur après la mort*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 479). — Les expériences ont été faites sur des surmulots et des chiens; la température a été généralement basse; les animaux ont presque toujours été empoisonnés par le curare, et la respiration artificielle a été entretenue pendant deux ou cinq heures. Les contractions spontanées ont été observées longtemps après la mort, jusqu'à quarante-six heures sur le surmulot et quatre-vingt-seize heures sur le chien. — Les mouvements rhythmiques s'éteignent très-rapidement; le plus souvent, une demi-heure après que la respiration artificielle était abandonnée, ils étaient abolis, même dans l'oreillette et l'origine des veines caves et pulmonaires. — On voit de fines ondulations sur la surface du cœur, qui commencent avant la disparition des mouvements rhythmiques et sont encore manifestes longtemps après.

— *De la détermination expérimentale de la force du cœur*, par M. Colin (Académie des sciences, 26 juillet). — 1° La pression du sang artériel se mesure par la hauteur à laquelle s'élève ce fluide dans un tube vertical adapté à une artère. — 2° Cette pression, s'exerçant sur le ventricule gauche et proportionnellement à sa surface, dès que les valvules sygmoïdes sont soulevées, fait supporter au cœur un poids considérable. — 3° Pour la déterminer dans chaque espèce et dans chaque individu, il suffit de trouver, d'une part, la hauteur que le sang atteint dans un tube fixé à une artère quelconque, et, d'autre part, l'étendue de la surface interne du ventricule gauche. — 4° Comme chez le cheval, la colonne sanguine qui presse sur le cœur aortique a une élévation moyenne de 2 mètres et une base de 566 centimètres carrés, représentant la surface interne du ventricule gauche; celui-ci supporte, dès le début de la systole, un poids de 118 kilogrammes. — 5° La contraction du même ventricule doit nécessairement déployer chez cet animal une force capable de soulever un poids de 118 kilogrammes, et sans laquelle le sang ne pourrait être lancé dans l'aorte. — 6° La force du cœur gauche, toujours en rapport avec la pression du sang artériel, varie suivant l'âge, la taille et la vigueur des animaux. — 7° Les circonstances qui en modifient le plus l'intensité sont les mouvements respiratoires, les grands efforts musculaires, et surtout les divers degrés de plénitude des vaisseaux. — 8° Les émissions sanguines la font diminuer de beaucoup et dans une relation directe avec leur abondance. — 9° La mort arrive dès qu'elle est réduite à peu près au cinquième de son chiffre normal.

— *Sur les bruits du cœur*, par M. Waters (British med. Journal et Gazette médicale, p. 103). — Récit des expériences de

Halford, prouvant que les bruits tiennent à l'accès du sang et non à la collision des fibres musculaires ; — et de Brakyn, montrant que la tension des valvules est adéquate à la production des bruits.

— *Note sur l'association des efforts inspiratoires avec une diminution ou l'arrêt des mouvements du cœur*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 512). — Il résulte des faits cités dans ce travail qu'une influence retardatrice des mouvements du cœur est transmise à cet organe à chaque effort d'inspiration, et que, conséquemment, cette influence spéciale est associée à l'action nerveuse qui se rend du centre cérébro-rachidien aux muscles inspirateurs.

— *Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques et les usages du sang rouge et du sang noir*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 95). — Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 56.

Des variations de couleur dans le sang veineux des organes glandulaires suivant leur état de fonction ou de repos, par M. Cl. Bernard (Académie des sciences, 25 janvier). — Depuis la découverte de la circulation, on reconnaît deux espèces de sang : l'un rouge ou artériel, l'autre noir ou veineux.— Cette coloration différente des deux sangs artériel et veineux a été considérée comme tellement caractéristique, qu'elle a servi de base, depuis Bichat, à la division anatomique des organes circulatoires.— Les faits suivants montreront qu'on ne saurait plus désormais regarder comme synonymes les deux expressions : *sang veineux* et *sang noir*. Il y a, en effet, à l'état normal, du sang veineux qui est parfaitement rouge comme du sang artériel ; il y a de plus du sang veineux qui est tantôt rouge et tantôt noir. Mais ce qui intéressera surtout les physiologistes, c'est d'apprendre, comme je le dirai bientôt, que ces variations de couleur du sang veineux correspondent à divers états fonctionnels déterminés des organes.— Après avoir énuméré les expériences qui l'ont conduit à ce résultat, M. Bernard termine ainsi sa communication : — En résumé, il résulte des faits contenus dans ce travail que si, à l'état physiologique, on doit conserver la qualification de *sang rouge* ou *sang artériel* (qui n'est à proprement parler que le sang veineux d'un organe, le poumon), celle de *sang noir* ne saurait être maintenue d'une façon générale au sang veineux. Nous avons prouvé, en effet, que le sang veineux peut être rouge ou noir dans les organes sécréteurs, suivant qu'on les considère à l'état de fontionnement ou en repos. Cette considération de l'activité et du repos de l'organe qui correspondent en quelque sorte à ses états statique et dynamique me paraît constituer un point important à introduire dans les études physiologiques et chimiques des sangs. En effet, ce n'est pas seulement par la couleur

que le sang veineux de l'organe en repos diffère du sang veineux de l'organe en fonction ; mais il présente encore d'autres caractères différentiels importants qui doivent tenir à une différence profonde dans la constitution chimique. — Nous terminerons par une dernière remarque : c'est que toutes ces modifications qui surviennent dans le sang, par suite de l'activité fonctionnelle des organes, sont toujours déterminées par le système nerveux. C'est par conséquent dans ce point de contact entre les tissus organiques et le sang qui faut rechercher l'idée qu'il convient de se faire du rôle spécial du système nerveux dans les phénomènes physico-chimiques de la vie. Les développements des faits qui se rapportent à ce point de physiologie générale feront l'objet d'une prochaine communication.

— *De l'influence des deux ordres de nerfs qui déterminent les variations de couleur du sang dans les organes glandulaires*, par M. Cl. Bernard (Académie des sciences, 9 août). — I. Les conditions chimiques particulières qui, dans les glandes, font apparaître le sang veineux, tantôt rouge, tantôt noir, sont déterminées par l'influence de deux nerfs qui ont des origines distinctes et possèdent une action en quelque sorte antagoniste; ce qui veut dire, en d'autres termes, qu'il existe un nerf glandulaire qui laisse couler le sang veineux rouge et un autre qui fait devenir le sang veineux noir. Chacun de ces nerfs, pour agir chimiquement sur le sang, modifie d'une manière opposée les phénomènes mécaniques de la circulation capillaire. De telle sorte qu'il s'établit une corrélation nécessaire et facile à comprendre entre les modifications chimiques que le sang éprouve dans les tissus organiques et les conditions mécaniques de la circulation capillaire qui sont sous l'influence immédiate des nerfs. — Tous les résultats d'expériences dont il va être question ont été obtenus sur la glande sous-maxillaire du chien, qui se prête particulièrement à cette sorte de recherche, à cause de l'intermittence de sa sécrétion, qui rend très-nettes les variations de coloration de son sang veineux. — II. Le nerf qui fait apparaître le sang veineux rouge dans la veine de la glande sous-maxillaire est un filet qui se détache en arrière du nerf lingual de la cinquième paire. Mais il ne fait que s'accoler à la cinquième paire ; il provient réellement de la septième et est surtout constitué par la corde du tympan. Quoi qu'il en soit, ce filet nerveux glandulaire peut être facilement atteint au moment où il se détache du lingual pour aller se distribuer dans la glande sous-maxillaire, en accompagnant son conduit excréteur. — Maintenant, quand on considère la glande sous-maxillaire pourvue de tous ces nerfs et à l'état de repos, c'est-à-dire quand rien ne sort par son canal excréteur, on constate que son sang veineux possède une couleur noire bien nette. Mais, si à ce moment on vient à faire fonc-

tionner le nerf glandulaire signalé précédemment, on voit le sang veineux, qui auparavant coulait noir, devenir de plus en plus rouge et apparaître bientôt tout à fait rutilant, comme le sang artériel, si l'action nerveuse a été suffisamment intense. Ce fait est constant, et il permet d'établir cette proposition physiologique, que toutes les fois que l'action du nerf tympanico-lingual se manifeste énergiquement, le sang veineux de la glande sous-maxillaire apparaît rouge, tandis qu'il devient noir chaque fois que ce filet nerveux n'agit pas ou que son action cesse d'être prépondérante. — III. Le nerf qui rend le sang veineux noir dans la glande sous-maxillaire provient du grand sympathique et arrive dans la glande en accompagnant les branches artérielles de la carotide externe qui s'y rendent ; l'une, plus petite, pénétrant la glande par sa partie postérieure et supérieure, l'autre, artère glandulaire principale, entrant par le hile de la glande, à côté de son conduit excréteur. Ces filets nerveux sympathiques glandulaires se détachent pour la plupart du ganglion cervical supérieur ; ils s'anastomosent d'ailleurs avec des filets provenant d'autres sources, et particulièrement avec le mylo-hyoïdien, dans le point où ce nerf croise la direction de l'artère faciale. — Lorsque l'on considère la glande sous-maxillaire à l'état physiologique, avec tous ses nerfs et au repos, son sang veineux est noir, avons-nous dit. Or, cela tient à ce que, en ce moment, l'activité du grand sympathique, qui rend le sang noir, est prédominante sur celle du nerf tympanico-lingual, qui rend le sang rouge. Cela se prouve très-facilement ; car, dans cette condition, si l'on vient à couper tous les filets sympathiques qui se rendent à la glande sous-maxillaire, on voit le sang veineux perdre sa couleur noire pour prendre alors une couleur rutilante qui devient permanente, parce que l'influence nerveuse du sympathique est interrompue et n'arrive plus à la glande. — Mais si alors on rétablit artificiellement l'activité de ce nerf, et si l'on excite par le galvanisme le bout périphérique du filet sympathique qui tient à la glande, on constate bientôt que le sang veineux devient très-noir, pour reprendre sa couleur rouge dès que la galvanisation du nerf a cessé d'agir. Nous pouvons donc formuler pour le grand sympathique une proposition physiologique inverse à celle que nous avons exprimée pour le nerf tympanico-lingual, et dire que le sang veineux de la glande sous-maxillaire est noir, toutes les fois que le grand sympathique agit. — IV. Les conditions mécaniques de la circulation capillaire déterminées dans la glande sous-maxillaire par le nerf tympanico-lingual et par le grand sympathique sont exactement inverses. — V. Il est très-facile de démontrer expérimentalement que, parmi les deux nerfs que nous avons signalés dans la glande sous-maxillaire, l'un dilate les vaisseaux, tandis que l'autre les contracte. — VI. Dans l'état

physiologique de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire dans son état fonctionnel normal, nous devons nous représenter ses deux ordres de nerfs comme étant constamment en activité et en antagonisme, de telle sorte que l'action nerveuse effective est toujours due au nerf actuellement prépondérant, et que l'influence spéciale de l'un des deux nerfs glandulaires ne semble pouvoir se manifester qu'autant qu'elle a préalablement annihilé l'action de l'autre. — VII. En résumé, après avoir analysé successivement toutes les conditions du mécanisme par lequel les nerfs tympanico-lingual et grand sympathique font apparaître le sang veineux de la glande sous-maxillaire alternativement rouge et noir, nous sommes arrivé à cette conclusion : que ces deux nerfs n'agissent réellement ici que comme agents de contraction ou de dilatation des vaisseaux sanguins. Cette action, qui ne diffère en rien de celle des nerfs moteurs en général sur les éléments contractiles ou musculaires, amène cependant à sa suite, par un enchaînement tout naturel de phénomènes, une série de modifications physico-chimiques dans le fluide sanguin. Quand le nerf sympathique constricteur des vaisseaux agit, le contact entre le sang et les éléments de la glande se trouve prolongé, les phénomènes chimiques résultant de l'échange organique qui se passe entre le sang et les tissus a eu le temps de s'opérer, et le sang veineux coule très-noir. Quand au contraire le nerf tympanico-lingual, qui dilate les vaisseaux, vient à agir, le passage du sang dans la glande est rendu très-rapide ; les modifications de veinosité qui se passent au contact du sang et des tissus s'accomplissent autrement, et le sang sort de la veine avec une couleur très-rutilante et conservant l'aspect du sang artériel.

— *Sur la quantité d'oxygène que contient le sang veineux des organes glandulaires*, par M. Cl. Bernard (Académie des sciences, 6 septembre). — D'après les expériences de M. Bernard, on voit que le sang veineux rouge du rein (et il est présumable qu'il en est de même des autres sangs glandulaires) diffère du sang veineux ordinaire en ce qu'il ne s'est, pour ainsi dire, pas désoxydé. Ainsi c'est précisément pendant leur fonction, c'est-à-dire pendant qu'elles sécrètent, que les glandes laissent passer le sang rouge sans le désoxyder, tandis que pendant qu'elles ne fonctionnent pas et n'expulsent aucun produit, le sang qui en sort est noir, privé, en grande partie, d'oxygène et chargé d'acide carbonique.

— *De la couleur du sang*, par M. Brachet (Académie des sciences, 15 février). — M. Brachet réclame la priorité sur M. Cl. Bernard, au sujet de la couleur du sang ; il cite le passage suivant de sa *Physiologie élémentaire* : « Il est une remarque bien importante à faire. Toujours et partout le sang perd sa couleur rutilante en traversant les organes : il perd donc une certaine quan-

tité d'hématosine ; *mais il en perd davantage lorsque l'organe exécute sa fonction.* Alors il revient plus noir, lors même que la fonction n'enlève rien au sang, comme la contraction musculaire. Ainsi que je l'ai démontré en 1840, le sang qui sort d'un muscle en contraction est toujours plus noir, par conséquent plus défibriné, que celui qui sort d'un muscle en repos, etc. »

— *Note sur la coloration rouge du sang veineux*, par MM. Gluge et Thiernesse (Académie des sciences de Belgique et Gazette hebdomadaire, p. 910). — Ces auteurs ont trouvé, pour les reins, que le sang veineux est rouge pourpre, mais jamais aussi rouge que le sang artériel, quand cet organe sécrète, tandis qu'il est aussi foncé que dans la veine cave inférieure, lorsque sa sécrétion est suspendue. Pour les glandes parotide et sous-maxillaire, le sang veineux resterait foncé, même lorsque, sous l'influence d'un excitant spécial, les glandes sécrètent une grande quantité de salive.

— *De la température relative des sangs veineux et artériel*, par M. Savory (Gazette médicale, p. 565). — L'auteur pense que la supériorité de température du sang artériel doit être attribuée aux modifications particulières éprouvées par le sang dans son passage à travers les poumons.

— *Couleur rutilante du sang veineux*, par M. Mongeot (Académie des sciences, 23 août). — L'auteur a observé la couleur rutilante du sang veineux dans les violents accès de fièvre intermittente, et il regarderait cette coloration comme un signe pathognomonique de ces accès pernicieux ou non pernicieux, s'il ne l'avait aussi rencontrée chez les hommes excités par le vin et la colère, etc.

— *Mécanisme et théorie générale des murmures vasculaires ou bruits de souffle d'après l'expérimentation*, par M. Chauveau (Académie des sciences, 3 mai). — Résumé : 1° Les bruits de souffle sont des phénomènes purement physiques, c'est-à-dire des sons, soumis aux lois ordinaires de l'acoustique. Comme ils sont toujours identiques avec eux-mêmes, malgré leurs nuances nombreuses, ils ne peuvent être engendrés que par une seule et même cause essentielle, qui appartient nécessairement à l'ordre mécanique.— 2° Cette cause ne tient directement ni à la qualité, ni à la quantité du sang qui circule dans les vaisseaux, ni par conséquent à l'état de tension ou de relâchement dans les parois vasculaires. — 3° Elle ne réside pas davantage dans les aspérités qui rendent rugueuse la face interne des veines ou des artères, sans modifier le calibre de ces tubes. — 4° Quand une dilatation existe sur le trajet d'un vaisseau, le sang, en arrivant dans cette partie dilatée, peut produire un bruit de souffle. — 5° Le rétrécissement des vaisseaux, dans un point plus ou moins étendu de leur trajet, peut s'accompager aussi d'un bruit de souffle. Mais

ce n'est point l'entrée du sang de la partie large dans la partie étroite, ni le passage de ce fluide à travers la partie rétrécie, qui produit le murmure. Celui-ci survient lorsque le sang entre dans la portion du tube vasculaire située immédiatement au delà du rétrécissement; et, comme cette partie représente, relativement au rétrécissement qui la précède, une véritable dilatation, il s'ensuit que le souffle, coïncidant avec un rétrécissement, reconnaît encore pour condition essentielle l'entrée du sang dans une partie dilatée du système vasculaire. — 6° Quoique l'entrée du sang dans une partie réellement ou relativement dilatée de l'appareil circulatoire constitue la condition essentielle et générale du bruit de souffle, il ne suffit pas de cette condition seule pour faire naître un murmure; il faut encore : I. que la différence entre le diamètre de la partie dilatée et celui du rétrécissement absolu ou relatif qui la précède soit assez prononcée ; II. que le sang pénètre dans cette dilatation avec une force suffisante. — 7° S'il est vrai qu'il faille une certaine différence de diamètre entre la dilatation où a lieu le bruit de souffle et le rétrécissement réel ou relatif qui précède celle-ci pour que le murmure se manifeste, il ne faudrait pas croire que, plus la différence sera prononcée, plus le bruit engendré aura d'intensité. — 8° Etant prouvée la nécessité d'une certaine force d'impulsion du sang pour la production du bruit de souffle, si l'on cherche à déterminer précisément quelle est cette force, on voit qu'elle doit au moins être capable de faire équilibre à une colonne de mercure de 5 centimètres environ de hauteur. On voit de plus que, si cette force s'élève, l'intensité du souffle augmente proportionnellement. — 9° Toutes les fois qu'un souffle est produit, il se propage sur le trajet des vaisseaux, au delà et en deçà de son lieu d'origine, d'autant plus loin qu'il est plus intense, mais toujours à une plus grande distance dans la direction du cours du sang, c'est-à-dire au delà du point où le souffle est engendré. En deçà le murmure se manifeste surtout avec le timbre du bruit de la lime qui mord sur le fer. Au niveau de la dilatation et au delà, il apparaît plutôt avec les caractères de la râpe qui entame le bois. — 10° Comme tous les sons possibles, les bruits de souffle reconnaissent pour cause immédiate des vibrations moléculaires. Où et comment naissent ces vibrations? L'observation démontre que le sang, en pénétrant avec une force suffisante dans une partie réellement ou relativement dilatée du système vasculaire, forme toujours une veine fluide, qui traverse le liquide primitivement contenu dans la dilatation. Or, on sait, depuis les beaux travaux de Savart, que toute veine fluide est le siége de vibrations susceptibles de produire des sons, vibrations qui ébranlent aussi l'orifice d'écoulement de la veine. Dans l'espèce, les vibrations de notre veine fluide intravasculaire

et de son orifice d'écoulement sont nettement perçues par le doigt, soit à l'intérieur, soit à la surface des cavités vasculaires où elles ont lieu. Ce sont ces vibrations qui donnent naissance au phénomène connu sous le nom de *frémissement vibratoire*, phénomène lié d'une manière si intime au murmure vasculaire, qu'on peut dire qu'il n'y a point de bruit de souffle sans frémissement vibratoire, et réciproquement. Ce frémissement, perçu seulement dans les vaisseaux quand il est faible, présente toujours son maximum d'intensité, comme le bruit de souffle lui-même, sur le trajet de la veine fluide, c'est-à-dire au niveau de la partie dilatée dans laquelle entre cette veine. Il se propage également en deçà et au delà, mais avec des caractères trop variables, suivant les cas particuliers, pour que je parle de ce fait dans cet exposé de doctrines générales.

— *Sur le mécanisme des murmures vasculaires ou bruits de souffle*, par M. Chauveau (Académie de médecine, 21 septembre). — « Tout bruit de souffle résulte des vibrations d'une veine fluide intravasculaire, qui se forme constamment lorsque le sang pénètre, avec une certaine force, d'une partie étroite dans une partie réellement ou relativement dilatée du système circulaire. »

Pour démontrer cette proposition, l'auteur rappelle un certain nombre de théorèmes de physique sur l'écoulement des liquides ; il a fait des expériences avec des tuyaux d'un calibre uniforme, ou offrant des dilatations ou des rétrécissements.

— *Des bruits de souffle dans les anémies*, par M. Chauveau (Académie des sciences, 17 mai). — Dans cette nouvelle communication, l'auteur s'attache à prouver que les murmures vasculaires chez les sujets anémiques dépendent de la cause qu'il a signalée, c'est-à-dire que ces bruits, qui peuvent être entendus dans les veines, dans les artères et au cœur, sont encore « dus aux vibrations de la veine fluide intravasculaire, vibrations qui se produisent toujours quand le sang pénètre avec une force suffisante dans une partie réellement ou comparativement dilatée de l'appareil circulatoire. »

— *Recherches sur la circulation du sang*, par M. Marey (Académie des sciences, 8 mars). — M. Marey a opéré directement sur des tubes élastiques, au moyen desquels il a institué plusieurs expériences très-ingénieuses. Les deux mémoires de M. Marey contiennent la démonstration de faits intéressants ; les conclusions que le jeune physiologiste en tire pour la pathologie ont une importance réelle. Sa méthode est excellente et ses recherches nous donneront, sur la circulation, des connaissances positives. Voici les résultats qu'il a obtenus : I. *Influence des tubes élastiques sur la quantité de l'écoulement.* — La première conclusion que je tire de mes expériences est que *l'élasticité des tubes augmente la quantité de l'écoulement*, *seulement*

dans les cas d'afflux intermittent du liquide. Le dernier mot de la physiologie était au contraire que la force restituée par le retrait élastique des vaisseaux n'étant qu'une *force d'emprunt*, la quantité du sang qui passe des artères dans les veines n'est pas modifiée par l'élasticité artérielle. La raison qui avait fait méconnaître l'influence favorable de l'élasticité des tubes sur la quantité de l'écoulement est qu'on avait employé des pressions constantes dans les expériences faites à ce sujet, tandis qu'une importante condition de la circulation du sang est l'intermittence de l'afflux. — L'expérience montre encore que dans les tubes élastiques chacun des afflux se fait plus facilement que dans un tube inerte de même forme. D'où il suit, en transportant ces conclusions au système vasculaire sanguin, que si les artères perdent leur élasticité comme dans l'ossification sénile, le cœur trouvera un véritable obstacle à sa systole ventriculaire, et, en vertu d'une loi pathogénique bien connue, devra s'hypertrophier. — Le relevé des observations contenues dans les bulletins de la Société anatomique montre que dans l'ossification bien prononcée des artères il y a toujours hypertrophie du cœur. » — II. *Influence de l'élasticité des tubes sur la forme de l'écoulement.* — Le rôle de l'élasticité agissant comme régulateur de l'écoulement a été bien compris dans son résultat final par les physiologistes qui l'ont comparé à celui du réservoir d'air d'une pompe à incendie; mais si l'on veut saisir la nature des phénomènes qui dépendent en chaque point du tube de la tension intérieure, la question devient plus complexe. — Dans un premier ordre d'expériences, je cherche les conditions les plus favorables à la régularité de l'écoulement : cette régularité est plus ou moins grande selon le degré d'élasticité du tube, sa surface pariétale, et l'obstacle à l'écoulement. — J'examine ensuite les modifications que la forme tubuleuse amène dans la tension en chaque point de conduit. (Les lois de la décroissance des tensions dans les tubes à écoulement continu ont été données par Bernoulli.) — Pour étudier les modifications que subit la tension en chaque point d'un tube élastique sous l'influence d'afflux intermittents, j'ai employé des appareils spéciaux : 1° un manomètre nouveau que j'appelle *compensateur* et que j'ai construit de manière qu'il donnât de lui-même les tensions moyennes ; 2° un *sphygmographe* à levier analogue à celui de M. Vierordt. (J'adapte à la fois trois de mes manomètres et trois sphygmographes sur un tube élastique pour obtenir en différents points les tensions moyennes et la forme graphique des pulsations.) — *Indications manométriques.* — Dans le cas d'écoulement régulier, les niveaux varient suivant les lois de Bernoulli ; celles-ci sont donc applicables aux tubes élastiques. — Pour les cas d'afflux intermittents, les moyennes décroissent aussi vers l'orifice d'écou-

lement et suivant les mêmes lois. (Ces résultats concordent avec ceux de Volkmann dans des expériences faites sur des animaux.)

Dans un deuxième mémoire (Académie des sciences, 5 avril), M. Marey étudie la contractilité et ses applications à la pathologie. — L'auteur commence par rappeler les expériences décisives sur lesquelles la contractilité vasculaire, longtemps contestée, est maintenant bien établie; et il se propose de faire ressortir l'analogie de cette contractilité avec celle des muscles de la vie organique, ce qui s'explique par leur dépendance commune du système nerveux grand sympathique.—Étant admis, dit-il, que les vaisseaux peuvent changer de calibre par cette force vitale qui leur est propre, il s'agit de chercher quel est l'effet de ces changements sur la quantité de l'écoulement, ce qui nous conduira à connaître le rôle de la contractilité vasculaire dans la circulation. La physique nous apprend que le resserrement des vaisseaux ralentit l'écoulement. Admettant donc, comme premier principe, que la contraction des vaisseaux fait obstacle au cours du sang, la contractilité devient dès lors une force par laquelle les vaisseaux peuvent régler leur circulation et lutter contre la tension intérieure. Dans quel cas agit cette force? C'est ce qu'il a cherché à résoudre par des expériences instituées sur lui-même. — De la première expérience, il résulte : 1° Que la contraction des vaisseaux se met en rapport d'intensité avec la tension intérieure, et que dans le cas de tension inégale (comme sous les influences de la pesanteur) il y a dans la force de contraction vasculaire des *inégalités compensatrices.* — 2° Dans le cas où pendant lontemps la pesanteur cesse d'agir, la répartition de la contractilité s'égalise dans les différents points du corps (ainsi que cela se voit après un séjour au lit très-prolongé); aussi, quand la pesanteur agit de nouveau, elle amène des perturbations, car les vaisseaux de la tête sont trop contractés et les vaisseanx des jambes le sont trop peu. (La syncope et la rougeur des jambes qui arrivent chez les malades qui se lèvent pour la première fois après un long séjour au lit sont une preuve de ce changement dans la contractilité.) — Passant à un deuxième ordre d'expériences sur l'action des *excitants directs* de la contractilité vasculaire, l'auteur n'étudie que les principaux : 1° Contacts extérieurs (qu'il réunit sous le nom de *traumatisme*); 2° changements de température (*froid* et *chaud*); 3° action de l'électricité. — D'après ces expériences, des lois communes régissent les effets de tous ces agents : 1° Une excitation modérée *fait contracter* les vaisseaux; 2° une excitation forte *épuise la contractilité* et amène la dilatation; 3° les parties longtemps soumises à un excitant en sont moins impressionnées, par suite de ce que nous appelons l'*accoutumance.*—

Le résultat des expériences rapportées dans ce mémoire a conduit l'auteur à considérer toute rougeur congestive (lorsqu'elle n'est pas due à un obstacle au retour du sang veineux) comme un effet de la débilité des vaisseaux, comme un phénomène *passif*. Il applique à l'inflammation elle-même, dans sa période congestive, cette *doctrine de la passivité* qui lui semble un progrès vers la vérité, en vertu de ce grand principe de logique scientifique, qu'il ne faut pas multiplier sans nécessité les êtres de raison. — Après avoir cherché les preuves de la *passivité* de la congestion phlegmasique, dans les phénomènes inflammatoires eux-mêmes, l'auteur examine les avantages de la théorie de la passivité pour l'interprétation de certains faits qui s'expliquaient très-mal lorsque l'inflammation était une *activité exagérée* des tissus. — Lorsque la seule force vitale que possèdent les tissus, la *contractilité*, est détruite, les forces physiques agissent en souveraines pour modifier ou diriger l'inflammation. La tendance, mystérieuse autrefois, des inflammations à se porter vers la surface cutanée, n'est plus qu'un effet de la pression extérieure moindre de ce côté. L'étranglement des tissus confinés dans un espace inextensible n'est plus que l'occlusion des veines comprimées par la tension artérielle que la contractilité n'entrave plus. Il n'y a pas jusqu'à la tendance des congestions à la résolution spontanée qui ne s'explique par la loi physiologique de l'*accoutumance*, qui fait acquérir aux vaisseaux une innervation plus puissante lorsqu'ils sont longtemps soumis aux causes de débilitation.

— *Interprétation hydraulique du pouls dicrote*, par M. Marey (Académie des sciences, 22 novembre).—L'auteur, après avoir rappelé ses précédentes communications, s'exprime en ces termes : « Un fait clinique, dont la découverte est due à M. Beau, renverse toutes les théories par lesquelles on avait tenté d'expliquer le dicrotisme. C'est l'absence constante de la double pulsation à l'artère fémorale et à toutes les artères du membre inférieur, dans les cas même où les artères des bras et de la tête offrent le dicrotisme le plus prononcé. — Ce fait, que j'ai constaté pendant près d'un an, dans le service même de M. Beau, sans aucune exception, m'a paru devoir entrer comme élément fondamental dans une théorie nouvelle ; comme autre élément, j'ai fait entrer les caractères de la deuxième pulsation qui, suivant de près la première, semble en être le rebondissement, le reflux, l'écho, pour ainsi dire. — C'est précisément dans la théorie de l'écho que je trouve la comparaison la plus claire pour faire comprendre ma théorie du dicrotisme. — Le pouls dicrote, perçu dans les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, serait dû au reflux d'une pulsation qui se réfléchit à la terminaison de l'aorte sur l'éperon résultant de la bifurcation aux deux iliaques. — De même que

dans la répétition d'un son par un écho, l'observateur placé à la muraille réfléchissante ne perçoit qu'une fois ce son, tandis qu'il sera double au point d'où il a été émis ; de même le doigt qui explore la fémorale ne perçoit qu'une pulsation, parce que cette artère naît du point où l'ondée se réfléchit, tandis que la pulsation est double sur les artères qui naissent près de l'origine de l'aorte, c'est-à-dire près de l'endroit d'où part l'ondée lancée par le cœur. Quant à la moindre intensité de la seconde pulsation, elle correspond exactement à la moindre intensité du second bruit dans un écho, et s'explique par le plus long trajet qu'a dû parcourir cette ondée, et pendant lequel elle a dû nécessairement s'affaiblir. — Quelque satisfaisante que puisse paraître au premier abord cette théorie, elle devait être soumise à l'expérimentation, et, si elle était bonne, on devait pouvoir artificiellement produire le dicrotisme sur des tubes élastiques disposés de manière à simuler l'aorte, les artères du membre inférieur et celles du bras ou de la tête. L'expérience ainsi faite a pleinement confirmé la théorie conçue *à priori*. J'ai ainsi produit artificiellement le pouls dicrote sur les tubes voisins de l'orifice d'entrée du conduit qui représentait l'aorte, tubes correspondant aux artères du bras et de la tête, tandis que la pulsation était simple sur ceux qui représentaient le système artériel du membre inférieur. — On objectera peut-être que si le pouls dicrote était dû à une disposition anatomique constante, il devrait toujours exister, même à l'état de santé le plus parfait. A cela je réponds que peut-être à l'état normal il y a, dans les artères où le dicrotisme peut se produire, une seconde pulsation insensible à notre toucher, mais que pourraient traduire des appareils sensibles. Ainsi, sur la carotide du cheval, le pouls recueilli à l'aide du sphygmographe par Ludwig a donné un dicrotisme très-marqué. De plus, dans les cas de maladies où notre toucher suffit à reconnaître le pouls dicrote, la première pulsation est très-énergique, c'est là une condition indispensable, et le pouls petit n'est jamais dicrote. Les anciens en avaient bien fait la remarque, et Bordeu avait considéré ce pouls comme signe de pléthore, comme pronostic d'hémorrhagie. Voici donc un caractère de plus en faveur de la théorie que je propose, et, de même que, dans l'écho sonore, un son faible se perd avant de revenir au point de départ, de même, dans l'écho d'une pulsation, si elle est trop faible, elle s'éteint dans ce trajet de va-et-vient avant d'atteindre une seconde fois les vaisseaux de la tête et du bras. »

— *De la pression du sang*, par M. Moilin (Thèse inaugurale, Paris, n° 15). — Parmi les propriétés du sang, la plus générale, la plus constante, la plus nécessaire à la vie, c'est la pression du sang. M. Moilin l'étudie d'abord dans les vaisseaux ; il montre que, dans les artères, elle va en diminuant, à mesure

qu'on s'éloigne du cœur; dans les capillaires, elle est uniforme, ainsi que dans les petites artères et les petites veines; elle diminue dans les veines, des capillaires vers l'oreillette; dans les gros troncs veineux, la tension diminue pendant que les artères sont en diastole, et *vice versa*. — Dans le chapitre de la pression du sang dans le cœur, M. Moilin passe en revue les mouvements du cœur et ses contractions qui influent sur la pression; celle-ci varie suivant que les valvules sont abaissées ou élevées; la plupart de ces problèmes sont résolus par des équations algébriques, que nous avons le regret de ne pouvoir reproduire. — Touchant les bruits du cœur, l'auteur adopte et développe la théorie de Magendie.

— *Du rôle des principaux éléments du sang dans l'absorption ou le dégagement des gaz de la respiration*, par M. Fernet (Académie des sciences, 5 avril). — Le sérum est un liquide dont la constitution chimique est appropriée au maintien d'un équilibre particulier pour chacun des gaz auxquels il doit servir de véhicule. — La présence des globules n'influe pas d'une manière sensible sur l'absorption de l'acide carbonique, qui se fait comme dans le sérum lui-même; au contraire, les volumes d'oxygène absorbés sont très-considérables.

— *De la fréquence du pouls dans l'état physiologique*, par M. Guertin (Thèses de Paris, n° 274). — L'auteur, dans une première partie de son travail, étudie l'influence de la locomotion, des positions du corps, etc. Il insiste sur les grandes différences des minima et des maxima du pouls des enfants; il admet, chez l'adulte, de 60 à 70 pulsations par minute; chez les vieillards, il y a aussi de grandes différences entre les minima et les maxima (48 à 84 et 86); leur pouls n'est cependant ni plus fréquent ni plus rare que celui de l'adulte; les causes d'excitation ont, chez les vieillards, une action sur la circulation, mais moins active que chez l'adulte.

— *Des diverses modifications du pouls*, par M. Derossi (Correspond. scientif. in Roma et Gazette médicale, p. 794). — L'auteur étudie les variations du pouls dans une foule de circonstances physiologiques et dans les maladies; il en tire des conséquences pour le diagnostic et le pronostic.

— *De la suspension du pouls radial dans l'extension forcée du bras*, par M. Verneuil (Journal de physiologie, p. 506). — La suspension du pouls radial s'observe toutes les fois qu'activement ou passivement on exagère l'extension de l'avant-bras sur le bras. L'artère humérale, dans ces cas, est comprimée par les expansions aponévrotiques du biceps et du brachial antérieur. — On peut ainsi expliquer l'artériectasie fréquente de la terminaison de l'humérale. Cette disposition devra être utilisée dans les cas de plaie artérielle de l'avant-bras.

— *De l'influence que les variations de pression de l'air exercent sur le sang*, par M. Hoppe (Archives de Muller et Archives de médecine, p. 103). — A une pression de moins de 50 millimètres de mercure, il se développe des gaz dans le sang et l'animal succombe. En élevant la pression de l'air, les gaz sont résorbés et la circulation se rétablit.

— *Série des forces qui concourent à déterminer le phénomène de la circulation du sang*, par M. Vanner (Académie des sciences, 27 septembre). — D'après l'auteur, il y a trois forces bien distinctes, qui concourent au phénomène de la circulation : 1° Une force primitive inconnue, qu'on rencontre dans l'œuf bien avant la formation du cœur ; — 2° l'action contractive du cœur sur le sang des artères, qui est centrifuge ; — 3° une compression musculaire générale, qui agit sur le sang dans les capillaires et dans les veines, qui est centripète.

— *Nouvelle détermination de la masse du sang chez un supplicié*, par M. Bischoff (Zeitschr. f. wiss. Zool. et Gazette hebdomadaire, p. 179). — On a employé le procédé de Weller ; la masse totale du sang a été de 4,858 grammes, c'est-à-dire 1/14 du poids du corps.

— *Note sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie des globules rouges du sang*, par M. Robin (Journal de physiologie, p. 283). — Les globules du sang, que l'auteur appelle *hématies*, offrent chez l'embryon des mammifères domestiques et des rats, qui ont de 3 à 25 millimètres de long, un volume plus considérable que chez l'adulte, et qui est, chez la plupart, de 11/1000 de millimètre de long sur 3/1000 ou 4/1000 de large. Il y a un noyau dans les hématies de l'embryon, qui disparaît plus tard chez l'adulte : c'est la partie centrale plus mince et plus brillante, dont la périphérie est assez brusquement limitée par la portion plus épaisse, qui a été prise pour le noyau des globules sanguins. — Ce mémoire se termine par un chapitre sur quelques modifications de structure que présentent les hématies chez l'adulte dans quelques cas morbides, et par un autre chapitre sur la cause de la réunion en piles des hématies.

— *Sur les injections de bile dans le sang* (Gazette médicale, p. 630). — L'injection de quatre onces de bile est suivie de difficulté de la respiration, de dépression du pouls, etc. ; mais ces phénomènes ne durent qu'une heure ; 18 onces produisent des symptômes plus marqués encore, mais ils sont encore de courte durée. Après cinq jours, on ne retrouvait plus de bile dans le sang. L'auteur en conclut que l'ictère ne provient pas de la résorption de la bile, mais bien de ce que la sécrétion ne se fait plus, la bile étant retenue dans le sang. La coloration jaune tient à une modification de la matière colorante du sang.

— *Sur des faits qui semblent montrer que plusieurs kilo-*

grammes de fibrine se forment et se transforment. chaque jour, dans le corps de l'homme, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 298). — Il paraît probable à l'auteur qu'il y a chaque jour une disparition de plusieurs kilogrammes de fibrine dans certains organes et une production équivalente dans d'autres organes. Le foie et les reins auraient pour fonction de débarrasser le sang de la fibrine qu'il contient, et ce principe se formerait dans les capillaires de plusieurs organes, dans les membres et dans quelques autres parties, mais surtout dans les muscles.

— *Mécanisme interne de la respiration* (British. med. Journal et Gazette médicale de Paris, p. 103). — L'auteur anonyme pense que, dans l'inspiration, la capacité thoracique s'accroît dans tous les sens; que les tuyaux bronchiques s'allongent et que leur calibre diminue : l'air, en ce moment, pénètre dans toutes les vésicules pulmonaires.

— *Sur l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx et du pharynx pendant les efforts d'expiration et d'expulsion*, par M. Smith (Journal de physiologie, p. 518). — Pendant ces mouvements, les deux canaux, alimentaire et respiratoire, n'ont plus de communication avec la bouche, et le pharynx forme un vrai cul-de-sac. Il y a là une *action du sphincter*; ce sont les fibres du constricteur moyen et peut-être du constricteur supérieur, qui l'exécutent.

— *Esquisse d'une opinion nouvelle sur les fonctions du corps thyroïde*, par M. Forneris (Gazetta medica italiana Stati Sardi, nº 12, et Gazette hebdomadaire, p. 709). — L'auteur considère la thyroïde comme un diverticulum temporaire, périodique et alternant, de la circulation artérielle de l'encéphale, destiné à recevoir, pendant le sommeil, l'excédant de sang qui, pendant la veille, sert à l'exercice des fonctions de relation.

— *Sur l'action des muscles intercostaux*, par M. Budge (Arch. f. physiol. Heilkunde et Gazette médicale, p. 422). — 1º Les trois sortes de muscles intercostaux, savoir, les externes, les internes et les intercartilagineux, sont des muscles inspirateurs.— 2º Les internes servent particulièrement à élever les côtes.—3º La partie postérieure des intercostaux externes qui s'étend des vertèbres à l'angle des côtes et n'est pas recouverte par les internes sert surtout à produire une voussure plus forte des côtes. — 4º La partie antérieure des mêmes muscles externes a deux fonctions : elle augmente la courbure comme la portion précédente, et de plus vient en aide aux intercostaux internes pour élever les côtes. — 5º Les muscles intercartilagineux élèvent les portions cartilagineuses des côtes.

—*Influence du nerf vague sur la respiration*, par M. Gilchrist (British and foreign med. chir. Review, octobre). — L'effet ha-

bituel et normal de l'irritation des nerfs vagues est l'inspiration; elle est produite par des courants plus ou moins forts, suivant les dipositions individuelles des animaux.

— *Quelques remarques physiologiques à l'occasion d'une opération de trachéotomie nécessitée par une laryngite œdémateuse*, par M. Panas (Moniteur des hôpitaux, p. 165).— Après l'opération, quand la canule a été placée dans la trachée, M. Panas a fait des remarques qui portent sur trois points : 1° Le malade a rendu, une heure après, une grande quantité de crachats spumeux ; pour M. Panas, cette écume s'était accumulée par suite de la faiblesse des muscles de la respiration ; elle est d'autant plus abondante que la mort arrive plus lentement. — 2° La déglutition n'a pu s'exécuter que très-difficilement ; cette difficulté, pour M. Panas, tenait à l'inflammation de l'épiglotte ; le jeu de ce cartilage lui paraît, sinon indispensable, au moins nécessaire à l'accomplissement régulier de la déglutition. — 3° L'air ne passait plus par les narines, et cependant les ailes du nez se dilataient ; ce n'est donc pas l'air, mais bien la contraction musculaire qui leur imprime des mouvements.

— *Nouvelle théorie de la voix*, par M. Masson (Gazette hebdomadaire, p. 117). — La théorie de M. Masson a été développée par l'auteur dans le Traité de physiologie de M. Longet. —On sait que, pour M. Masson, la voix consiste dans la résonnance d'un tuyau à parois membraneuses, de formes diverses, dans lequel le mouvement vibratoire est excité par l'écoulement périodiquement variable de l'air qui passe à travers un orifice qu'on nomme la glotte.

— *De la voix des poissons*, par M. Dufossé (Académie des sciences, 15 février).—Le grand nombre d'autopsies que l'auteur a faites l'ont conduit aux conclusions suivantes: 1° On a jusqu'ici confondu sous le nom de *voix des poissons* des phénomènes différents par leur nature et par leur cause ; — 2° les mâles seuls des individus composant les espèces *ophidium barbatum* et *ophidium vassali* ont un appareil vésico-aérien propre à donner des sons ; — 3° le mécanisme de la formation de ces sons se réduit à un frottement des os pharyngiens supérieurs sur les inférieurs et sur les aspérités voisines de ces derniers os.

— *Sur les poissons qui produisent des sons, et sur le mode de production de ces sons*, par M. Muller (Archives de Muller et Archives générales de médecine, p. 104). — M. Muller a rassemblé tout ce qui a été écrit sur les *pisces vocales*. Il expose le mode de production de ces sons, suivant qu'ils dépendent d'un frottement des parties dures ou du passage de l'air contenu dans la vessie natatoire par les canaux qui lui donnent issue.

— *Recherches expérimentales sur quelques-uns des effets du froid sur l'homme*, par MM. Tholozan et Brown-Séquard (Journal

de physiologie, p. 497). — 1° Nos extrémités soumises à l'action de l'eau froide peuvent, dans un temps très-court, perdre une portion considérable de leur température (dans nos expériences, de 10 à 18 degrés).—2° Une extrémité ayant perdu notablement de sa température ne la réacquiert qu'au bout de plus de trois quarts d'heure ou d'une heure, dans une atmosphère variant de 12 à 18 degrés. — 3° L'abaissement de température d'une petite partie du corps humain n'a pas d'influence sensible sur la température générale. — 4° L'abaissement de la température d'une main peut amener un abaissement considérable de la température de l'autre main, sans que la température générale du corps diminue sensiblement.

— *De la température de l'homme et des animaux*, par M. Da Camara, rapport de M. Guérard (Académie de médecine, 23 mars). — L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de réunir et de grouper méthodiquement les recherches qui ont été faites sur ce sujet. Cet ouvrage ne contient point de faits nouveaux ou saillants, mais il renferme un nombre considérable de recherches biographiques, et il résume d'une manière claire et méthodique, en les appréciant avec une sage critique, les travaux publiés sur la température de l'homme et des animaux.

— *Topographie de la chaleur animale* (Filiatre Sebezio et Revue étrangère, p. 6). — L'auteur dit, d'après ses expériences, que la chaleur du sang augmente dans le tube digestif, dans le foie; qu'elle est diminuée dans les poumons.

— *Section des nerfs pneumogastriques et influence sur la transpiration pulmonaire et cutanée*, par M. Valentin (Brochure de 157 pages, en allemand, et Archives générales de médecine, février, p. 222). — M. Valentin s'est servi de grands appareils qui, d'après le rédacteur des Archives, ne seraient pas à l'abri de tout reproche pour la précision des résultats. Après la section de l'un des pneumogastriques, le nombre des inspirations diminue de 1/25, la quantité d'oxygène absorbé dans un temps donné augmente d'environ 1/8, le volume d'acide carbonique exhalé de 1/25; la quantité d'azote exhalé avait augmenté des 2/3, et la perte des vapeurs aqueuses avait doublé. L'augmentation de l'échange gazeux et de la perspiration fut plus marquée encore après la section des deux pneumogastriques.

— *Recherches expérimentales sur l'influence exercée par la chaleur sur les manifestations de la contractilité des organes*, par M. Calliburcès (Académie des sciences, 25 octobre). — L'auteur dit avoir constaté, à l'aide d'un flacon dans lequel la membrane à observer se trouve soumise à l'action de la chaleur humide, et d'un cadran extérieur qui sert à compter le nombre de tours que fait un très-petit cylindre en verre posé sur la membrane et mis en mouvement par les cils de son épithélium, que

la chaleur exerce une influence puissante sur les contractions et les mouvements vibratiles des tissus.

— *La thermométrie chez les malades*, par M. Wunderlich (Gazette médicale, p. 421). — Cet article est consacré à l'énumération des services bien connus que peut rendre le thermomètre.

— *De l'emploi du thermomètre en médecine*, par M. Fouqué (Thèses de Paris, n° 25). — L'auteur préfère l'emploi du thermomètre à celui de la main pour constater la température des malades. Il se sert d'un thermomètre à fond plat, dont le réservoir est recouvert de drap, pour empêcher le rayonnement. Pour faciliter la comparaison des chiffres obtenus, M. Fouqué a tracé des courbes suivant certaines données.

— *Quelques considérations ayant pour but de démontrer que la théorie des combustions respiratoires jette un grand jour sur plusieurs points du domaine de la pathologie*, par M. da Camara (Revue thérapeutique du Midi, p. 258).

— *Influence de la lumière sur les animaux*, par M. J. Béclard (Académie des sciences, 1er mars). — I. La nutrition et le développement des animaux qui n'ont ni poumons ni branchies, et qui respirent par la peau, paraissent éprouver, sous l'influence des divers rayons colorés du spectre, des modifications très-remarquables. Des œufs de mouche (*musca carnaria*, Linné), pris dans un même groupe, et placés en même temps sous des cloches diversement colorées, donnent tous naissance à des vers. Mais si, au bout de quatre ou cinq jours, on compare les vers éclos sous les cloches, on remarque que leur développement est très-différent. Les vers les plus développés correspondent au rayon violet et au rayon bleu. Les vers éclos dans le rayon vert sont les moins développés. Voici comment on peut grouper les divers rayons colorés, eu égard au développement décroissant des vers : violet, bleu, rouge, jaune, blanc, vert. Entre les vers développés dans le rayon violet et ceux développés dans le rayon vert, il y a une différence de plus du triple quant à la grosseur et à la longueur. — II. Ce premier résultat nous a conduit à examiner la fonction qui traduit le mieux, si je puis ainsi dire, la quantité des métamorphoses organiques : nous voulons parler de la respiration, dont les produits peuvent être recueillis et dosés. — Une longue série d'expériences sur les oiseaux nous a montré que la quantité d'acide carbonique formée par la respiration, en un temps donné, n'est pas sensiblement modifiée par les diverses cloches colorées sous lesquelles on les place. Il en est de même pour les petits mammifères, tels que les souris. Remarquons que, chez les oiseaux et les mammifères, la peau est couverte de plumes ou de poils, et que la lumière ne frappe pas à sa surface. Or, on sait, par les recherches de MM. Regnault et Reiset, que les échanges

gazeux qui ont lieu à la surface du corps de ces animaux sont à peu près nuls. — III. Lorsqu'on examine l'influence des divers rayons colorés du spectre sur les grenouilles, qui ont la peau nue et dont la respiration cutanée est énergique (la respiration cutanée égale et souvent surpasse la respiration pulmonaire), on peut constater des faits remarquables. Nos expériences n'ont encore porté en ce sens que sur le rayon vert et sur le rayon rouge. Nous les poursuivons en ce moment sur les autres rayons colorés. Dans le rayon vert, un même poids de grenouilles produit dans un même temps une quantité d'acide carbonique plus considérable que dans le rayon rouge. La différence peut être de plus de moitié : elle est généralement d'un tiers ou d'un quart en sus. — IV. La peau de l'animal (très-probablement la couleur de la peau) paraît avoir une influence déterminante sur les résultats précédents. Exemple : placez sous une cloche verte un certain nombre de grenouilles; placez en même temps sous une cloche rouge un certain nombre de grenouilles pesant le même poids que les précédentes; dosez au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures la quantité d'acide carbonique produit. L'excès sera en faveur des grenouilles placées sous le rayon vert, ainsi que nous venons de le voir. Ensuite, enlevez aux grenouilles leur peau, et replacez-les dans les mêmes conditions. Le résultat changera : la quantité d'acide carbonique produit par les grenouilles dépouillées sera plus considérable dans le rayon rouge que dans le rayon vert. — V. L'influence des rayons colorés du spectre sur les proportions d'acide carbonique exhalé en un temps donné par un animal vivant se continue pendant quelque temps sur l'animal mort (respiration musculaire) et cesse aussitôt que la putréfaction commence, c'est-à-dire après la disparition de la rigidité cadavérique. De la viande de boucherie prise chez le boucher le lendemain ou le surlendemain de la mort de l'animal (alors la rigidité cadavérique a cessé) fournit toujours, à égalité de poids, la même proportion d'acide carbonique quand on place simultanément des fragments sous les divers rayons colorés. — VI. Un petit nombre d'expériences tentées sur l'exhalation cutanée de la vapeur d'eau montrent que dans l'obscurité (à température et à poids égal) les grenouilles perdent par évaporation une quantité d'eau moitié moindre ou d'un tiers moindre qu'à la lumière blanche (lumière diffuse ordinaire). Dans le rayon violet la quantité d'eau perdue par l'animal en un temps donné est sensiblement la même qu'à la lumière blanche.

— *Leçons sur la pathologie et la physiologie du système nerveux*, par M. Cl. Bernard (2 vol., Paris, J.-B. Baillière). — Dans sa remarquable préface, M. Bernard passe en revue l'évolution des connaissances acquises sur le système nerveux ; puis il fait connaître la marche la plus sûre que doivent suivre désormais

les investigations pour arriver à de nouvelles découvertes. Dans sa critique du passé, l'auteur fait une large part au mérite des anciens et montre qu'après Willis la science était longtemps restée stationnaire, changeant plutôt la forme que le fond dans la physiologie, substituant au mot suranné d'*esprits animaux* celui d'*influx nerveux*, et croyant avoir beaucoup fait; jusqu'à ce qu'enfin la méthode expérimentale se soitdéfinitivement établie et perfectionnée pour devenir, de progrès en progrès, ce que l'a faite Magendie, ce qu'elle est actuellement dans l'enseignement du Collége de France. En exposant sa méthode, M. Bernard se montre ouvertement partisan de l'école positive, s'éclairant sans cesse de l'observation et de l'expérience, se guidant par l'*idée préconçue* mais non par l'*idée fixe* (distinction capitale), et ne considérant un fait comme expliqué que lorsqu'il tombe dans le domaine des causes connues, sans qu'on soit obligé d'inventer pour lui une propriété spéciale, comme cela a été trop longtemps l'usage en physiologie. — M. Bernard entre en matière, en rappelant la découverte faite par Magendie de la *sensibilité récurrente* dans les nerfs moteurs; cette propriété lui vient d'un nerf sensitif qui leur est exactement correspondant et qui doit être, dans son étude comme dans ses fonctions, inséparable du nerf moteur, formant avec lui la *paire nerveuse*, élément fondamental qu'on y retrouve toujours, avec tous ses accessoires, tout le long de l'axe cérébro-spinal. Outre ces deux parties fondamentales, la paire nerveuse en renferme encore d'autres; pour les nommer toutes, on aura: 1° une racine motrice; 2° une racine sensitive; 3° une expansion végétative, origine du grand sympathique; 4° un centre encéphalique ou spinal d'où émanent, en définitive, tous ces cordons nerveux. Tels seront les quatre éléments que l'auteur aura à étudier, à propos de chaque paire nerveuse, et si cette étude peut être faite à la région spinale d'une manière générale (car toutes se composent sensiblement de même) il n'en sera plus ainsi lorsqu'il s'agira des nerfs crâniens, dont l'étude successive absorbe à elle seule tout le second volume. — L'anatomie est une condition de premier ordre dans l'étude du système nerveux, et ses progrès, en histologie surtout, ont été si considérable dans ces dernières années, que M. Bernard a tout d'abord insisté sur ces travaux encore trop peu connus. Etudiant ensuite les excitants que l'on peut employer pour révéler les propriétés des nerfs, il passe en revue les agents chimiques et physiques, et, parmi ces derniers, il fait une large part à l'électricité avec ses différents modes d'application. Enfin il rappelle les expériences déjà publiées en 1847, qui lui ont permis d'analyser les fonctions du système nerveux en les étalant, pour ainsi dire, à l'aide de certains poisons qui détruisent telle propriété, laissant telle autre intacte. C'est ainsi que le curare

paralyse exclusivement les nerfs moteurs, le sulfocyanure de potassium éteint seulement la contractilité musculaire, la strychnine supprime le sentiment, la nicotine agit sur le système vaso-moteur comme astringent des vaisseaux.— Avec ces moyens d'action, M. Bernard aborde l'étude expérimentale de chaque élément de la paire nerveuse et commence par les *nerfs moteurs*. D'après les expériences de MM. Rousseau et Martin-Magron, les racines motrices et les nerfs moteurs eux-mêmes ne se comportent pas d'une manière différente, et quand on se met à l'abri des courants dérivés la racine comme le nerf lui-même donnent lieu aux mêmes contractions, suivant qu'on ouvre ou qu'on ferme le courant, et suivant aussi que le nerf est ou n'est pas fatigué par la galvanisation. Vient ensuite la contractilité musculaire, qui, bien qu'isolée comme l'avait déjà remarqué Haller, n'en est pas moins intimement liée à l'action du nerf moteur; l'électricité, la chaleur, les poisons sont employés successivement pour son étude. Après avoir signalé les réactions propres à chaque genre d'excitant artificiel, l'auteur aborde l'étude de cet excitant naturel, qu'on a cru être le fluide nerveux et qu'on désigne actuellement sous le nom de *courant électro-nerveux*. Etrange fluide en effet, qui dévie le galvanomètre, qui a un pôle positif et un pôle négatif, qui donne des convulsions dans la patte galvanoscopique; mais qui est arrêté dans sa transmission par une simple ligature sur le trajet d'un nerf et qui n'agit plus, si ce nerf est empoisonné par le curare. Les expériences sur le nerf moteur se terminent par celles que Helmholtz a faites sur la vitesse de transmission du courant nerveux moteur, dont la célérité se réduirait à 15 ou 20 mètres par seconde.

Racines sensitives. Après la description de leur structure propre vient leur rôle dans l'action musculaire qu'elles servent à coordonner, puis l'influence de leur irritation sur certains phénomènes de la vie organique, entre autres les mouvements du cœur. C'est là que trouvent place de nombreuses expériences faites avec le cardiomètre sur la tension du sang artériel, tandis que l'animal est au repos, ou que des excitations diverses sont portées sur les racines ou les nerfs du sentiment. L'auteur accepte les données de M. Poiseuille, quand celui-ci considère le minimum de hauteur de la colonne comme une pression constante (la pression des artères) et le maximum comme produit par l'action du cœur. Ce qui ressort des expériences sur l'influence nerveuse, c'est que l'irritation des racines postérieures amène d'abord l'arrêt du cœur, bientôt suivi d'augmentation de ses battements et consécutivement de l'augmentation de la tension artérielle, tandis que l'excitation des nerfs moteurs agit de suite pour augmenter l'action cardiaque.

Système grand sympathique. Après une étude histologique de

laquelle il ressort que la présence d'un ganglion nerveux, duquel émanent des tubes primitifs, suffit pour caractériser le système de la vie organique, M. Bernard passe en revue les propriétés de ce système spécial. La faculté motrice, plus difficilement excitable que celle des nerfs de la vie animale, diffère encore par une lenteur plus grande à se produire, une persistance plus grande après les excitations; mais, sauf ces légères différences, c'est surtout à la découverte d'analogie avec le système de la vie animale qu'ont abouti les études expérimentales faites sur le grand sympathique. En effet, le grand sympathique est moteur, il préside à la contraction des muscles de la vie organique et des fibres contractiles du tissu vasculaire. Ce fait résulte d'une des plus belles découvertes de M. Bernard, celle de l'influence de la section et de la galvanisation du grand sympathique au cou, sur la chaleur et l'état circulatoire de la moitié correspondante de la tête. Cette expérience a déjà été publiée par son auteur, comme justification de la marche qu'il suit en physiologie; elle nous montre comment une idée préconçue, fût-elle fausse, peut conduire à des découvertes importantes; et ce fait, une fois acquis, a été le point de départ d'une série de recherches faites de toute part et qui ont jeté tant de jour sur la connaissance du système vaso-moteur. Le grand sympathique est aussi doué de sensibilité; il donne naissance à des mouvements réflexes, et ceux-ci sont d'une importance capitale, car ils donnent la clef de la plupart des phénomènes splanchniques, mouvements viscéraux, sécrétions, etc., produits par des excitations de siéges variés. Viennent enfin des expériences qui prouvent qu'il y a solidarité entre les nerfs de la vie animale et ceux de la vie organique, de telle sorte que des excitations portées sur les uns réagissent sur les autres, en produisant des mouvements réflexes. —L'étude des *centres nerveux* vient en dernier lieu, et est considérée dans ses rapports avec la paire nerveuse dont nous avons parlé. Au milieu d'expériences nombreuses, de résultats singuliers et complétement imprévus, il est difficile de trouver une théorie des fonctions de la moelle. L'esprit de ce travail semble être de démontrer l'inanité de toutes les théories faites jusqu'ici sur les fonctions des centres nerveux et des cordons médullaires. Cependant, quelques faits ressortent clairement : La moelle n'est sensible aux irritations que dans sa substance blanche. — La substance grise, insensible par elle-même, est cependant la seule qui transmette les impressions sensitives.—La transmission de la sensibilité s'étend très-loin chez un animal sain, et se limite de plus en plus à mesure que l'animal s'affaiblit, jusqu'à ce qu'enfin elle soit bornée au point des centres nerveux correspondant à la paire nerveuse irritée. A ce moment, les mouvements réflexes sont aussi localisés dans les muscles que cette paire

anime. — La moelle épinière semble renfermer plusieurs centres nerveux distincts, dont la lésion influe sur l'action de certains appareils supérieurs; il en est de même pour différentes parties de l'encéphale. Un des exemples les plus frappants est l'influence que la piqûre de certains points du quatrième ventricule exerce sur la fonction glycogénique du foie. — Dans le second volume, on trouve une tendance de l'auteur à ramener à des paires nerveuses les nerfs crâniens, dont le groupement physiologique est si difficile; le but n'est pas encore atteint, et la seule paire qui semble actuellement bien établie est celle que forment dans leur ensemble le nerf facial, la cinquième paire, et le nerf de Wrisberg. L'opinion qui réunissait le pneumogastrique au spinal, pour former une paire nerveuse physiologique, est, au contraire, vivement combattue. — Dans l'étude isolée de chacun des éléments nerveux de la paire admise par M. Bernard, nous trouvons bien des faits nouveaux et intéressants : D'abord, pour le *facial*, le singulier fait de la déviation de la face du côté paralysé chez les animaux, phénomène inexpliqué. Le facial tire sa sensibilité récurrente de la cinquième paire, ce qui, nous l'avons vu, dénonce la solidarité physiologique de ces deux nerfs.—Le nerf *trijumeau* est ensuite étudié dans ses différentes parties, chacune d'elles offrant des faits curieux : pour la *branche ophthalmique*, la sensibilité spéciale des filets nerveux ciliaires indirects (ou ganglionnaires), qui semblent être chargés de transmettre l'impression de photophobie; pour le *maxillaire supérieur*, l'insensibilité au pincement du nerf naso-palatin. Ce fait, et d'autres encore, tendraient à faire attribuer à ce filet nerveux un rôle dans la sensibilité spéciale de l'olfaction. Pour le *maxillaire inférieur*, sa branche sensitive spéciale porterait les excitations centripètes qui produisent la sécrétion salivaire, à titre de mouvements réflexes. — Le nerf de Wrisberg serait le filet sympathique de la paire ci-dessus; les trois branches, la *corde du tympan*, le *grand* et le *petit pétreux superficiels* auraient chacune son ganglion, et présideraient aux sécrétions, comme cela peut se vérifier par la corde du tympan.—Au sujet des nerfs de l'œil, on trouve un fait curieux relatif au *moteur oculaire commun*, dont le filet qui se rend au ganglion ophthalmique n'aurait pas les effets qu'on lui attribue sur la contraction de la pupille. — Le nerf olfactif ne semblerait plus indispensable à l'olfaction. Des faits nouveaux et des observations prises sur l'homme viendraient confirmer cette opinion avancée par Magendie. — La paire crânienne constituée par le pneumogastrique et le spinal n'existerait pas, avons-nous dit, suivant M. Bernard. Voici les raisons sur lesquelles il se fonde : Le pneumogastrique n'est pas un nerf de sensibilité pure; il a en propre aussi une action motrice. Au-dessous du laryngé supérieur, ce nerf devient insensible au pincement. Le seul

ganglion du pneumogastrique qu'on puisse assimiler à un ganglion rachidien est situé après l'anastomose avec le spinal; cette anastomose est plutôt un accolement qu'une fusion, comme cela s'observe pour les racines rachidiennes.—D'autre part, le spinal possède une sensibilité récurrente qui lui vient des trois premières paires cervicales. Son action sur le larynx serait d'une nature différente de celle du pneumogastrique. En somme, le pneumogastrique et le spinal seraient tous deux moteurs du larynx, mais le premier pour servir à la respiration le second, pour la phonation. (Cette opinion de l'auteur est déjà rapportée et discutée dans le Traité de physiologie de Bérard.) — Le pneumogastrique influe sur la circulation de la muqueuse gastrique et sur sa sécrétion, qui cesse lorsqu'on coupe ce nerf. Son rôle sur le cœur, décrit par les frères Weber en 1848, sous le nom d'*action paralysante active*, aurait déjà été aperçu à cette époque par M. Bernard. L'auteur donne les expériences qu'il a faites à ce sujet, mais il est difficile de se retrouver parmi les résultats si nombreux et si complexes qu'il indique, et qui appellent de nouvelles recherches sur ce sujet plein d'importance et d'intérêt.—Enfin, l'auteur reproduit ses belles expériences déjà publiées sur les effets de la section et de la galvanisation du grand sympathique, sur la chaleur et la circulation des parties correspondantes à la lésion. Il se refuse à voir là un effet de paralysie vasculaire, quoi qu'en puissent dire les théories et même les raisonnements faits sur ce sujet. Enfin, il cite des expériences dans lesquelles l'ablation ou la dilacération des ganglions du grand sympathique ont amené une *véritable inflammation* dans les parties correspondantes, plèvres, péritoine, etc. Voilà des faits qui ne peuvent permettre l'indifférence des médecins en matière de physiologie.

— *Note sur l'influence qu'une moitié latérale de la moelle épinière exerce, dans certains cas, sur la moitié correspondante de l'encéphale et de la face*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 241). — M. Brown-Séquard a trouvé qu'à la suite de la section d'une moitié de la moelle lombaire, la peau de la face acquiert, du côté de l'opération, le pouvoir de causer des convulsions épileptiformes, quand on l'irrite; cette zone cutanée paraît avoir subi une modification profonde, attestée par le grand nombre de poux qui s'y donnent rendez-vous. Quelquefois la cornée s'ulcère ou devient opaque; d'autres fois, et toujours du côté de la section, des convulsions surviennent dans les muscles de la face; elles durent peu et sont remplacées par une augmentation, également passagère, de la sécrétion du mucus nasal. Comme tous ces troubles se montrent du même côté que la section de la moelle, ce n'est pas d'une transmission par les nerfs sensitifs qu'il s'agit, car ceux-ci s'entre-croisent dans la moelle; l'action modificatrice a passé de la moelle, à travers l'encéphale, à

certains nerfs de la face du même côté, en suivant probablement des éléments conducteurs non entre-croisés. Il en résulte que la moelle épinière est capable d'influencer l'encéphale et certaines parties de l'œil et de la face, d'une manière spéciale et jusqu'à présent inconnue, et que c'est la moitié droite de la moelle qui produit ces modifications spéciales dans la moitié droite de la tête, et *vice versâ*.

— *Mémoire sur les nerfs et les mouvements du cœur*, par M. Robert Lee (Medic. Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 693). — Voici les conclusions de cet important travail : 1° Les vaisseaux et les muscles des oreillettes et des ventricules sont doués de nombreux ganglions et de plexus nerveux, qui n'ont pas été jusqu'ici décrits ni représentés dans les ouvrages des anatomistes. — 2° Les nerfs du cœur qui se distribuent sur sa surface jusqu'à sa pointe, et à travers ses parois jusqu'à l'endocarde et aux colonnes charnues, grossissent avec le cœur lui-même dans la vie fœtale, durant l'enfance et la jeunesse, jusqu'à ce que l'organe ait atteint chez l'adulte son développement complet. — 3° Les ganglions et les nerfs du cœur grossissent comme ceux de l'utérus gravide, quand les parois des ventricules s'hypertrophient. — 4° Les ganglions et les nerfs du ventricule gauche ont une grosseur plus que double de celle des ganglions et des nerfs du ventricule droit.

— *Des effets croisés de la moelle épinière*, par M. Vulpian (Gazette hebdomadaire, p. 822). — Dans cet article, M. Vulpian rappelle les travaux de MM. Brown-Séquard et Chauveau, et analyse un mémoire de M. de Bezold sur le même sujet. Les conclusions de M. de Bezold sont qu'il n'y a pas d'effet croisé, dans la moelle, pour les mouvements volontaires, et, quant aux impressions sensitives, il n'est au moins pas possible d'affirmer que cet entre-croisement existe. L'auteur a aussi étudié les changements de température observés dans les extrémités après des sections de la moelle; il admet que les nerfs vaso-moteurs ne s'entre-croisent pas, et qu'ils vont se terminer dans la moelle allongée. — M. Vulpian s'attache à prouver que quelques-uns des faits rapportés dans ce mémoire sont inexacts, et qu'ils n'infirment pas la théorie de M. Brown-Séquard.

— *Expériences sur la moelle épinière*, par MM. Berruti et Perosino (Gazetta medica Stati Sardi et Gazette médicale, p. 793). — Pour les auteurs, il est évident : 1° Que la section des cordons postérieurs de la moelle dans la région cervicale n'empêche pas d'une manière absolue le passage des impressions centripètes des parties périphériques chez le cheval, pour y réveiller la sensation ; — 2° que ces cordons, pourtant, ne constituent pas la seule voie par où puisse s'exécuter ce passage ; — 3° que les cordons pos-

térieurs ont une influence manifeste, en maintenant dans les parties la faculté d'exécuter leurs mouvements selon les ordres de la volonté ; — 4° que ces mouvements, qui s'exécutent chez l'animal après la section des cordons postérieurs de la moelle, ne sont pas uniquement des mouvements réflexes, mais bien encore des mouvements volontaires excités en conséquence de sensations douloureuses produites malgré cette section.

— *Fonctions de la moelle épinière*, par M. Paoli (Correspond. scientif. in Roma et Gazette médicale, p. 375). — 1° En général, lorsqu'après la section des muscles et l'ablation de quelques arcs vertébraux, on met à découvert une portion de moelle dans la région lombaire, la motilité et la sensibilité diminuent un peu dans la partie supérieure de l'animal. Ce phénomène est rendu plus manifeste après la section de la dure-mère et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. — 2° La sensibilité des cordons postérieurs reste entière et réagit par l'action des excitants, tant que la substance grise ou centrale demeure intacte et dans les rapports organiques normaux avec les cordons susnommés. — 3° La substance grise ou centrale de la moelle semble dépourvue de la faculté de recevoir et de transmettre les impressions faites immédiatement sur elle, tandis que, dans quelques circonstances, elle paraît servir de conducteur aux impressions sensitives qui lui sont transmises par les cordons postérieurs. — 4° La section des cordons postérieurs dans la région lombaire, pourvu qu'elle ne comprenne pas la partie moyenne ou centrale de la moelle, non-seulement n'empêche pas le transport au sensorium commun des impressions faites dans les parties du corps situées au-dessous de la section, mais encore augmente, paraît-il, la sensibilité des membres postérieurs.

— *Nouvelles recherches sur la physiologie de la moelle épinière*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 139). — La conclusion de cet article est que « toute petite partie de la zone conductrice, dans une moitié latérale de la moelle épinière, contient des éléments conducteurs des impressions sensitives, provenant de tous les points du corps du côté opposé, placés au-dessous de cette petite portion de la moelle. » D'un autre côté, « les impressions provenant de toute petite partie d'une moitié latérale du corps sont transmises à l'encéphale par des éléments conducteurs distribués dans toutes les parties de la zone conductrice de la moitié latérale de moelle épinière du côté opposé. »

— *Du nœud vital*, par M. Flourens (Académie des sciences, 22 novembre). — Il résulte des nouveaux détails soumis par M. Flourens que le nœud vital est double, formé de deux parties ou moitiés réunies sur la ligne médiane, et dont chacune peut

suppléer à l'autre. Pour que la vie cesse, il faut que les deux moitiés soient coupées, et toutes deux dans la même étendue, de deux millimètres et demi chacune. Le V de la substance grise n'entre pour rien dans le nœud vital.

— *Recherches sur les causes de mort après l'ablation de la moelle allongée qui a été nommée nœud vital*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 217). Conclusions de l'auteur : 1° La mort n'est pas toujours le résultat immédiat de l'ablation du nœud vital. — 2° Quand la mort a lieu d'une manière subite après cette ablation, elle est due en partie à l'arrêt subit des mouvements du cœur, arrêt qui dépend de l'irritation de la moelle allongée. — 3° L'irritation des parties voisines du point vital produit quelquefois l'arrêt ou l'affaiblissement des mouvements du cœur, comme l'ablation de ce point. — 4° Après la section des nerfs vagues, l'ablation du nœud vital n'occasionne jamais l'arrêt subit des mouvements du cœur. — 5° Ce n'est pas par suite de l'absence du point vital que les mouvements respiratoires s'arrêtent quelquefois, après l'ablation de ce petit organe, mais bien par suite d'une irritation de la moelle allongée et de la même manière qu'après la galvanisation des nerfs vagues. — 6° L'irritation des parties voisines du point vital amène quelquefois l'arrêt de la respiration, bien que ce point ne soit pas lésé. — 7° La respiration et la circulation peuvent avoir lieu avec force et régularité pendant un grand nombre de jours, après l'ablation du point vital ; d'où il résulte que ce point n'est pas le foyer d'origine d'une prétendue *force vitale*, et qu'il n'est pas non plus le centre *premier moteur du mécanisme respiratoire*. — 8° Les mouvements volontaires et les fonctions des sens persistent souvent apés l'ablation du nœud vital. — 9° Le point vital *semble* n'être pas essentiel à la vie.

— *Expériences relatives à la sensibilité tactile des cordons postérieurs de la moelle*, par M. Schiff (Gazette médicale, p. 648). — L'auteur déduit de ses expériences que les cordons blancs postérieurs conduisent la sensation du tact et du simple chatouillement, tandis que c'est la substance grise qui sert à conduire la sensibilité tactile.

— *Note sur la circulation nerveuse*, par M. Flourens (Académie des sciences, 15 mars). — L'auteur rappelle l'expérience de Magendie, qui prouve que la sensibilité des racines antérieures des nerfs spinaux leur vient des racines postérieures et non de la moelle, et que cette transmission se fait par un détour, par un circuit, que la sensibilité est récurrente. Or, ce circuit se fait de très-loin, par les extrémités mêmes des nerfs, puisqu'en coupant, comme Magendie, le nerf résultant de la jonction des deux racines, cette sensibilité se perd. — Cette sensibilité récurrente est le premier trait de la circulation nerveuse de

M. Flourens. — Passant à l'action réflexe, l'auteur établit que les suppurations nerveuses, communément attribuées au cerveau, ont dans la moelle épinière leur siége réel; la moelle est l'instrument de sympathies générales; les nerfs ne sont que les instruments des sympathies partielles. — Après avoir rappelé l'expérience qui démontre que les irritations peuvent se propager de bas en haut, M. Flourens fait remarquer que la moelle est complétement perméable au cours ascendant comme au cours descendant. Il n'y a point d'action réflexe, il existe une véritable circulation nerveuse. — Si l'on pince la patte d'un animal dont le cerveau est enlevé, l'animal retire aussitôt sa patte. Le nerf touché a porté l'impression à la moelle; cette impression s'est communiquée au nerf moteur et la patte s'est mue consécutivement. Cette action réflexe est le complément de l'action récurrente : les deux demi-circuits, récurrents et réflexes, complétent la circulation nerveuse.

— *Physiologie du nerf facial*, par M. Liégeois (Thèses de Paris, n° 228). — Ce remarquable travail est une véritable monographie du nerf facial; toutes nos connaissances sur ce sujet y sont exposées avec une rare lucidité. M. Liégeois examine l'origine du facial, et, mettant à profit l'étude de l'origine des nerfs par de simples coupes sans dissection, il conclut que ce nerf, par sa grosse racine, naît des radiations antéro-latérales de la substance grise, et que l'entre-croisement du nerf facial droit et gauche a lieu dans l'intérieur de la substance grise, comme pour les autres nerfs spinaux, et dans la commissure antérieure. Le bulbe présenterait donc une disposition identique à la moelle, et le facial se conduirait comme les nerfs spinaux. Quant à la petite racine, M. Liégeois n'ajoute rien à l'opinion de M. Barbarisi. — L'*arrachement du facial* ne produit d'abord aucun effet ; mais, après un temps variable d'une à vingt minutes, l'animal faiblit, ses yeux s'agitent convulsivement, sa tête exécute des mouvements de latéralité du côté de l'arrachement; ces mouvements se communiquent bientôt au reste du corps, et l'animal décrit autour d'un axe vertical un cercle dont le rayon serait très-petit. Après une demi-minute ou plusieurs minutes, tout rentre dans l'ordre. — M. Liégeois admet que *le facial est sensible* dans les branches qui vont se distribuer à la face, dans son tronc à l'extérieur du crâne, et dans son tronc dans le rocher ; mais cette sensibilité, il la doit aux anastomoses nombreuses qu'il contracte dans tout son trajet, surtout avec le trijumeau. — *Le facial est moteur*, ce qui est démontré par la pathologie aussi bien que par les expériences ; à ce propos, M. Liégeois étudie chacun des rameaux du facial, et trouve dans cette étude l'occasion de citer plusieurs observations de paralysie. Le nerf facial est ensuite considéré sous un point de vue général, par rapport aux fonctions

sensoriales, à la physionomie, à la nutrition, aux sécrétions, à la circulation et à la température.

— *Note sur la distinction physiologique des racines de sentiment et des racines de mouvement chez les poissons*, par M. Moreau (Gazette médicale, p. 646). — L'auteur a observé que les nerfs rachidiens des chondroptérygiens pouvaient être considérés comme résultant de l'accolement des racines antérieure et postérieure, sans intrication, et que dès lors on pouvait facilement, en pénétrant avec une aiguille à cataracte dans la ligne de séparation, écarter ces deux rubans nerveux et les isoler l'un de l'autre jusqu'à la moelle. Il s'est assuré, par l'électricité, que la racine antérieure seule était motrice.

— *Action des courants électriques comparativement sur les nerfs mixtes et sur les racines antérieures rachidiennes*, par MM. Rousseau, Lesure et Martin-Magron (Gazette médicale, p. 230). — Conclusion des auteurs : 1° *De deux courants de sens opposé qui agissent simultanément à une hauteur différente sur un même nerf* (*moteur ou mixte*), *celui qui est le plus près de la périphérie manifeste seul son action par des contractions particulières aux muscles animés par ce nerf;* il s'oppose comme une barrière au passage, à travers la portion du nerf qu'il excite, de l'action nerveuse développée plus haut par le courant de sens opposé. — 2° Quand un courant dérivé est situé entre le courant principal et la périphérie, il substitue, par le fait de sa position, son action à celle du courant principal; il faut donc tenir compte alors, dans l'appréciation du résultat, du sens du courant dérivé et non de celui du courant principal, plus éloigné que lui des muscles à mouvoir. — 3° La connaissance de ces faits nous a permis de démontrer *qu'un nerf mixte et un nerf exclusivement moteur réagissent tous deux de la même manière*, au point de vue de la contraction particulière aux muscles qu'ils animent, *quand on les soumet, dans les mêmes conditions, à l'influence d'un courant galvanique de même sens.* — Ainsi, quelle que soit la nature du nerf, dans une première période, le courant direct et le courant inverse déterminent tous deux des contractions à leur établissement et à leur rupture; — puis, dans une deuxième période, le nerf ayant perdu de son excitation, les contractions n'ont plus lieu que : 1° *à l'établissement du courant direct* ; — 2° *à la rupture du courant inverse.*

— *De l'influence du galvanisme sur le système nerveux moteur*, par M. Helle (Thèses de Paris, n° 279). — L'auteur fait l'historique de la question et rapporte plusieurs expériences qui renversent les théories proposées avant lui ; il ne propose aucune nouvelle théorie, et se contente de poser, comme étant l'expression des faits, les deux conclusions suivantes : 1° Quand on fait agir le galvanisme sur un nerf, dans une portion qui a conservé

son excitabilité, l'influence de la dérivation est nulle. — 2° Par conséquent, la position relative des courants, plus ou moins près de la périphérie, dont on a fait une loi générale de leur action, n'a, dans ce cas, aucune importance.

— *Recherches et observations cliniques sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du courant voltaïque continu, permanent*, par M. Hiffelsheim (Académie des sciences, 1er février). — L'auteur a fait ses expériences avec la pile Pulvermacher ; il dit avoir guéri ou soulagé des névralgies, des paralysies générales et des paralysies musculaires, aussi bien que par l'action des courants interrompus.

— *Recherches expérimentales sur la possibilité du passage à travers le centre nerveux de courants électro-magnétiques appliqués à la peau chez l'homme*, par M. Bonnefin (Journal de physiologie, p. 545). — Des faits rapportés dans ce travail, il semble résulter qu'il est possible de faire passer un courant électro-magnétique à travers les centres nerveux chez l'homme, mais que ce courant est toujours très faible, alors même qu'on emploie un appareil électro-magnétique très-puissant. Il semble conséquemment que l'influence exercée par des courants électro-magnétiques, qui produisent des mouvements dus à l'excitation de la moelle épinière, n'a guère lieu que par l'intermédiaire des nerfs sensitifs ou excito-moteurs ; d'où il suit que lorsqu'on veut agir sur les centres nerveux, à l'aide de courants électro-magnétiques, il faut employer des plaques métalliques à l'extrémité des conducteurs, et non des éponges mouillées et appliquées fortement, afin d'agir surtout sur les nerfs cutanés.

— *Sur l'influence que les courants électriques, appliqués aux nerfs, peuvent avoir sur la contraction musculaire*, par M. Wundt (Gazette médicale, p. 649). — L'auteur a empoisonné ses animaux avec la conicine, et il croit que dans ces empoisonnements les nerfs ne sont pas morts, et continuent conséquemment à exercer leur influence sur les contractions musculaires.

— *Recherches sur les fonctions du grand sympathique*, par MM. Lussana et Ambrosoli (Gazette lombarde et Archives générales de médecine, mai, p. 605). — Ces auteurs sont arrivés aux mêmes résultats que M. Cl. Bernard ; mais ils donnent de ces phénomènes une autre explication : après la section du nerf dans la région cervicale, le sang, tiré de la jugulaire du côté opéré, a une couleur plus foncée et se coagule plus rapidement que celui du côté opposé. Cette altération du sang marche de pair avec l'élévation de la température. Ces deux phénomènes ne sauraient être le résultat de la paralysie des capillaires ; car ils persistent quand, au bout de quelques jours, les capillaires sont revenus à l'état normal. Le grand sympathique a pour fonction de maintenir les capillaires dans l'état nécessaire pour l'accomplissement des

métamorphoses, des phénomènes nutritifs qui président à la calorification normale. — C'est encore le grand sympathique qui préside à la contractilité des capillaires.

— *Considérations générales sur l'anatomie, la physiologie, et les affections morbides du nerf grand sympathique*, par M. Pinel (Thèses de Paris, n° 238). — L'auteur donne d'abord une bonne description anatomique du grand sympathique ; il étudie ensuite ses fonctions et trouve que cet appareil nerveux est doué d'une sensibilité spéciale, et que ce sont les ganglions qui sont les principaux foyers de son action nerveuse, action qui néanmoins paraît prendre en partie sa source dans la moelle épinière. —Tout changement brusque, survenu dans les organes centraux du système cérébro-spinal, peut réagir sur l'appareil ganglionnaire, et réciproquement les impressions vives ou douloureuses des viscères peuvent provoquer, par le grand sympathique, une réaction intense sur le système nerveux cérébro-spinal. — L'existence d'un pouvoir réflexe dans les ganglions, comparable à celui de la moelle, n'est pas encore assez démontré pour être admis définitivement. — L'hématose et la sécrétion de mucosités bronchiques sont principalement du ressort du grand sympathique. Le ganglion cardiaque n'est pas le seul foyer où le cœur puise le principe de ses mouvements; et l'estomac, quoique soumis à l'influence de la huitième paire, est cependant sous l'action directe du grand sympathique, surtout en ce qui concerne la sécrétion du suc gastrique. Ce nerf exerce encore une puissante action sur les contractions de l'intestin grêle, sur l'absorption, l'exhalation et la sécrétion de cette portion du tube digestif. Son action sur la vessie, le canal déférent, les vésicules séminales, l'utérus, est en tous points semblable. — La théorie des fibres spéciales, organiques ou grises, comme les appelle Müller, et qui serviraient principalement aux actes de nutrition et de sécrétion, et qui existeraient aussi bien dans les nerfs céphalo-rachidiens que dans le nerf grand sympathique, pourrait faciliter l'explication, d'une part, de l'influence exercée par l'encéphale et par ses dépendances sur les sécrétions et sur la nutrition, et, d'autre part, au moyen des ganglions, de la persistance de ces actes dans les parties privées de sensibilité et de mouvement.

— *Sur un second centre spinal du grand sympathique*, par M. Budge (Académie des sciences, 11 octobre). — L'auteur a trouvé un centre spinal pour la région lombaire. Ce nerf est, dans les lapins, situé entre les deux muscles psoas, derrière l'artère aorte descendante et la veine cave inférieure. Les nerfs des deux côtés sont situés tout près l'un de l'autre et sont souvent conjoints par des branches fines intermédiaires. Ce centre nerveux préside aux mouvements de la vessie, du rectum, des

vésicules séminales, et des canaux déférents. — En irritant un point après l'autre, où peut préciser le lieu où la partie lombaire du nerf sympathique agit sur le rectum, la vessie et les vaisseaux déférents. Ce lieu se trouve dans le ganglion, qui est situé près de la cinquième vertèbre lombaire. Au-dessus de ce ganglion, il n'y a plus d'effet sur les organes ci-dessus désignés. — Pour remonter encore plus loin, et spécialement pour rechercher si la cause de l'effet est dans le ganglion ou dans la moelle épinière, j'avais dénudé, sur un lapin, la moelle épinière lombaire, depuis la troisième jusqu'à la sixième vertèbre. En galvanisant la région de la moelle qui correspond à la quatrième vertèbre lombaire, j'ai vu se manifester des contractions énergiques des vaisseaux déférents. Le lieu où l'on peut apercevoir ce phénomène est limité sur un espace d'environ trois lignes ; au-dessous ou au-dessus de cet espace, la galvanisation est sans effet. J'ai donné à ce lieu le nom de *centre génito-spinal*. — C'est là aussi que se trouve le centre spinal pour le mouvement de la vessie et du rectum, mais il est d'une étendue un peu plus grande. — Si le nerf grand sympathique lombaire de l'un des côtés est coupé, l'irritation du centre produit de forts mouvements du vaisseau où le nerf est intact ; de l'autre côté, les mouvements ne manquent pas complétement (puisque des combinaisons ont lieu entre les deux nerfs sympathiques), mais ils sont ordinairement très-limités. — Les deux branches communicantes qui sortent du quatrième nerf lombaire, lequel se trouve entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, forment l'union entre le centre génito-spinal et le nerf sympathique qui préside aux mouvements du rectum, de la vessie et des vaisseaux déférents.

— *Influence des nerfs splanchniques sur les mouvements de l'intestin*, par MM. Pflüger et Westphal (Gazette médicale, p. 201). — Des expériences de M. Pflüger il résulte que le nerf splanchnique arrête les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle, quoique cependant on ne puisse constater une accélération dans les mouvements après la section de ce nerf.

— *Existe-t-il un système nerveux arrêtant les mouvements de l'intestin grêle? Recherches expérimentales sur cette question*, par M. Biffi (Annali universali di med. et Gazette médicale, p. 678). — L'auteur a été conduit, par ses expériences, à nier l'existence d'un système nerveux arrêtant les mouvements de l'intestin grêle.

—*Emploi des poissons électriques comme machine électrique médicale*, par M. G. Wilson (Medic. Times and Gazette, 1857, et Arch. gén. de méd., janvier, p. 97. — Les ouvrages de Galien, de Dioscoride, etc., attestent que la décharge électrique de la torpille a été souvent employée comme traitement des affec-

tions névralgiques ou paralytiques, longtemps avant l'ère chrétienne.

— *Des appareils électriques des poissons électriques*, par M Jobert (de Lamballe) (Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8, XIII-104 p.). — Dans cet ouvrage se trouvent développées les opinions de M. Jobert, dont on trouvera l'analyse dans notre *Annuaire*, t. II, p. 19.

— *Mesure de la sensibilité à l'état morbide*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 344). — M. Brown-Séquard se sert d'une espèce de compas d'épaisseur, à branches pointues, imité de l'*esthésiomètre* de M. Sieveking. Il pense que, grâce à ce moyen, on pourra : 1° reconnaître l'existence d'une diminution ou d'une augmentation de sensibilité tactile, dans des cas où, par les autres moyens, il serait impossible de la constater ; — 2° en reconnaître exactement le degré ; — 3° en suivre d'une manière précise la marche croissante ou décroissante, et juger ainsi de l'action des médicaments.

— *Sensibilité générale et sensibilité tactile; de leurs rapports à l'état pathologique*, par M. Sieveking (British and foreign medic. chirurg. Review, octobre). — L'auteur se sert d'un instrument qui ressemble beaucoup à celui de Weber ; il a constaté des lésions de la sensibilité générale dans des points où la sensibilité tactile était intacte, et *vice versâ*.

— *Sur une expérience relative à l'influence que les nerfs exercent sur les glandes, et particulièrement aux phénomènes de circulation pendant la sécrétion glandulaire*, par M. Cl. Bernard (Académie des sciences, 9 août). — M. Bernard rappelle que la glande sous-maxillaire reçoit des éléments nerveux de deux sources distinctes : les uns du nerf facial par la corde du tympan, les autres du grand sympathique par le filet du ganglion cervical supérieur. Les actions de ces deux nerfs sont démontrées essentiellement différentes quant à la sécrétion et à la circulation. — Etant établi qu'à l'état normal la veine dépendant de la glande donne une certaine quantité de sang noir, pourvu que la glande soit au repos : — 1° Si on excite la corde du tympan, on remarque une activité plus grande de la circulation ; le sang devient rouge et est lancé par la veine, selon un mode de pulsation identique à celui que présentent les artères ; — 2° si on suspend l'excitation, les choses rentrent dans l'état normal ; — 3° si, au contraire, on agit sur le filet du grand sympathique, la quantité de sang qui sort de la veine diminue et il devient de plus en plus noir ; à un certain moment même, il n'y a bientôt plus d'écoulement. — M. Bernard insiste sur l'opposition de ces deux faits. L'accélération de la circulation qu'on peut attribuer au facial est surtout digne de remarque. — M. Bernard rappelle les expériences qu'il a pratiquées en 1853 et 1854, et dans les-

quelles il a vu, le sympathique étant coupé dans une partie de la tête, la pression du sang dans les vaisseaux s'accroître du côté de la section, comparativement au côté intact. Pour le moment, il se borne à signaler ces faits, sans en tirer encore d'induction.

— *Observations physiologiques faites sur des animaux empoisonnés par le curare et soumis à la respiration artificielle*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 429). — Les observations de M. Vulpian ont porté surtout sur la circulation.

— *Note sur l'effet de diverses substances toxiques sur les embryons de grenouille et de triton*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 569). — M. Vulpian a examiné les effets produits sur ces embryons par le curare, l'acétate de strychnine, la nicotine, la cyclamine, le sulfate d'atropine, l'opium, etc. Il a vu que l'empoisonnement était aussi réel que chez les mêmes animaux adultes, à la condition qu'il y eût absorption. Il y a, pour chacun de ces poisons, des particularités intéressantes que ne pourrait rendre une courte analyse.

— *Note sur les phénomènes qui se passent dans la queue de très-jeunes embryons de grenouille, lorsqu'on l'a détachée du corps*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 571). — La queue des embryons de grenouille, détachée du corps, peut vivre pendant une vingtaine de jours et être le siége des phénomènes vitaux les plus incontestables ; la plaie se cicatrise et un nouveau tissu se produit. La vie, à cette époque, peut se segmenter, pour ainsi dire, comme dans les animaux tout à fait inférieurs.

— *Sur l'élasticité des tissus organiques à l'état humide*, par M. Wund (Archives de Muller et Archives de médecine, p. 105). — Les expériences, toutes mathématiques, ont pour but de déterminer le degré de tension des tissus en rapport avec les poids qui les sous-tendent, et de rechercher si l'allongement est ou non proportionnel au poids.

— *Recherches sur l'excitabilité musculaire*, par M. Volkmann (Archives de Muller, 1857, et Archives générales de médecine, p. 103). — Ce travail, déjà communiqué par l'auteur à l'Académie des sciences de Saxe, a été remanié et complété en vue surtout de contrôler les expériences de Weber sur la contractilité des fibres musculaires et celles de Schwann sur le même sujet. La théorie de Weber est bien connue ; elle établit une distinction entre le muscle en mouvement et en repos. Dans son mouvement, le muscle obéit à une élasticité qui est sous la dépendance de la vie ; en repos, il n'a pas d'autres propriétés qu'un fragment de caoutchouc. Dans le mouvement musculaire, on doit tenir compte de ces deux éléments. Volkmann n'oppose pas une théorie absolue à celle de Weber ; il s'applique surtout à discuter les diverses méthodes expérimentales et les principes de physique qui y sont mis en œuvre.

— *De la contractilité musculaire, après la mort déterminée par le cyanure de potassium* (Dublin med. Press. et Revue étrangère, p. 168). — Sur une femme empoisonnée par le cyanure de potassium, on a employé l'électricité ; on a obtenu les contractions musculaires les plus énergiques et les plus effrayantes.

— *Irritation et irritabilité*, par M. Virchow (Virchows Archiv. et Revue étrangère, p. 155). — Ce long mémoire, traduit avec soin, n'a pas encore été publié en entier ; nous en renvoyons donc l'analyse à l'année prochaine.

— *Sur les effets des excitations produites directement sur le foie et les reins*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 302). — M. Vulpian a expérimenté sur des chiens, des lapins, etc., empoisonnés par le curare, chez lesquels la respiration était entretenue artificiellement ; il s'est servi, comme moyen d'excitation, de la pointe d'une épingle qu'il passait légèrement sur la surface de l'organe. On voit, au bout de quelques secondes, une injection se montrer sur toute l'étendue du trajet excité. M. Vulpian est porté à penser que le foie et les reins jouissent d'une propriété qui leur est aujourd'hui généralement refusée ; c'est-à-dire de la contractilité, qui ne doit exister que dans les tissus interposés aux éléments glandulaires. On pourrait faire des applications de cette contractilité à la physiologie pathologique.

— *Expérience sur la contractilité des vaisseaux*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 318). — Les expériences de M. Vulpian ont surtout porté sur les vaisseaux de la cavité abdominale (chiens, lapins, etc., empoisonnés par le curare, chez lesquels la respiration artificielle était établie). Les gros vaisseaux n'ont pas une contractilité bien évidente ; il faut, pour bien constater les effets, exciter les rameaux qui se trouvent entre les arcades vasculaires et l'intestin ; on voit alors, en passant une épingle sur ces vaisseaux, deux effets bien distincts : aussitôt après l'excitation, l'artère se dilate, puis diminue progressivement et s'efface plus ou moins complétement. La veine subit les mêmes phénomènes, mais elle s'efface moins que l'artère. — La contractilité augmente à mesure que l'on s'adresse à des vaisseaux d'un calibre moindre. — Les excitants galvaniques produisent des effets moins nets que les excitants mécaniques. — La contractilité durait aussi longtemps que la respiration artificielle était entretenue.

— *Sur la contractilité des uretères*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 428). — D'après ce qui a été constaté chez les animaux, il est certain que les uretères, chez l'homme, jouissent d'une contractilité très-prononcée et de mouvements spontanés, probablement rhythmiques.

— *Note sur les quantités variables d'électricité nécessaires pour exciter les propriétés des différents tissus*, par M. Cl. Bernard (Société de biologie et Gazette médicale de Paris, p. 116). — Il faut, pour faire agir un muscle, une quantité plus considérable d'électricité que pour agir sur un nerf. — Avec une pile très-faible, on obtient la contraction réflexe si on excite le nerf moteur; cet effet n'est pas obtenu si l'excitation porte sur le nerf sensitif. — Pour faire contracter un nerf moteur du système sympathique, il faut une dose d'électricité plus considérable que pour faire exciter un nerf de la vie animale.

— *Limites de la possibilité du retour spontané de la rigidité cadavérique après qu'on l'a fait disparaître par l'élongation des muscles*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 282). — Les expériences de l'auteur montrent, contrairement aux assertions de Nysten et de Sommer, que la rigidité cadavérique détruite, après s'être établie avec énergie, peut se rétablir spontanément; mais qu'après avoir duré un certain temps, elle ne se reproduit pas après avoir été détruite.

— *Recherches sur l'influence des nerfs sur l'inflammation*, par M. Snellen (Journal de physiologie, p. 208). — Voir sur le même sujet le mémoire de Donders, dont M. Snellen est l'élève. Voici les conclusions de M. Snellen : 1° L'excitation des nerfs de sensibilité détermine, par action réflexe, la contraction des vaisseaux sanguins des parties voisines; — 2° la contraction des vaisseaux sanguins est suivie, après quelque temps, de la dilatation des vaisseaux; — 3° il n'y a pas de preuves que, dans les parois des vaisseaux, il existe d'autres nerfs que ceux qui font contracter les vaisseaux; — 4° les nerfs des vaisseaux modifient la nutrition en agissant sur le calibre des conduits; — 5° le travail inflammatoire ne consiste pas essentiellement en une modification de l'influence nerveuse; — 6° l'inflammation de la cornée, qui se montre après la section du nerf trijumeau, n'est pas le résultat direct de l'absence d'influence nerveuse du ganglion de Gasser.

— *Explication des phénomènes stéréoscopiques*, par M. Serre (d'Uzès) (Académie de médecine, 17 août). — Pour comprendre la mécanique et le mode de perception des phénomènes stéréoscopiques, il faut connaître les lois fondamentales de la vision.— Ces lois sont : l'extériorité, la direction et la limitation, ayant leur analogue dans la réflexion, la direction des miroirs plans disposés d'une manière convergente sur le même plan, et dans la limitation, par un écran, des images matérielles par eux réfléchies. — L'*extériorité* est fondée sur la propriété possédée par la rétine de renvoyer la sensation phosphénienne à distance, en dehors de l'organe oculaire. — La *direction* se prouve en menant une ligne du point touché de la rétine au centre du phos-

phène extérieurement perçu. Cette ligne passe par le centre du cristallin. — La *limitation* trouve sa preuve dans la provocation simultanée des deux phosphènes temporaux perçus, limités, dans la région oculaire opposée, à la distance qui sépare les deux globes. — La surface où toutes nos sensations virtuelles sont ainsi rapportées a reçu le nom de *rideau limitateur* ou *rideau physiologique*. — Avec ces trois lois fondamentales, on explique tous les phénomènes visuels : la vue *droite* avec des images *renversées;* la vision binoculaire *simple* et *double* et les *effets stéréoscopiques*, qui sont le résultat d'une projection différente dans chaque œil. — 1° Les images offertes à nos yeux sous la forme symétrique, non identique, ne se superposent que d'une manière partielle et limitée au véritable lieu géométrique des images simples, au rideau physiologique. — 2° En deçà et au delà de ce lieu, les points des objets donnent fatalement naissance à des images doubles. — 3° De leur apparence croisée ou non croisée on déduit instinctivement leur position par rapport au voile limitateur, les images croisées appartenant aux plans situés en avant, et les images non croisées à ceux situés en arrière de ce voile. — 4° Dès lors le sentiment du relief repose sur les traces différentes laissées par un solide sur nos deux rétines. — 5° Les traces révèlent, dans l'instinct des éléments constitutifs du relief, savoir : — 6° La hauteur, la largeur et la profondeur, sans l'intervention d'aucune donnée tactile ordinaire. — 7° Ces éléments sont réductibles à une simple question de distance. — 8° La distance est réductible elle-même à une évaluation d'angles. — 9° Un seul œil, appréciant l'angle sous-tendu par l'objet, fait naître le sentiment de la *hauteur* et celui de la *largeur*, par suite l'idée de *surface*. — 10° L'action combinée des deux yeux ajoute la *profondeur* à la hauteur et à la largeur. — Etant donnés la base (qui sépare le centre des deux cristallins), les deux angles formés aux extrémités, et toutes les impressions produites par les variations angulaires des axes sur la bissectrice, l'instinct en déduit la profondeur à l'insu de l'intelligence. — De la sensation ternaire, issue de la hauteur, de la largeur, de la profondeur, ressort l'idée corporelle du relief.

— *De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation*, par M. Giraudet (Académie de médecine, 8 juin). — L'auteur se propose, dans ce travail, de prouver, par des faits d'anatomie pathologique qu'il a recueillis, que tout ce qui a été dit jusqu'à ce jour de ce curieux phénomène ne donne aucune solution satisfaisante du grave et difficile problème qu'il soulève.

— *Nouveau goniomètre*, par M. de Quatrefages (Académie des sciences, 26 avril). Cet instrument est destiné à mesurer l'angle pariétal, dont Prichard a montré l'importance pour la dis-

tinction des races humaines. Cet angle est formé par deux lignes tangentes aux points latéraux les plus saillants des arcades zygomatiques et aux sutures correspondantes du frontal avec les pariétaux.

— *Anatomie, physiologie et maladies de la membrane pupillaire*, par M. Prichard (Gazette médicale, p. 596). — D'après l'auteur, la membrane pupillaire existe avant l'iris qui, fort peu étendu dans les premiers temps de son existence, n'atteint que graduellement ses dimensions normales ; la cause de sa coloration se trouve dans le dépôt successif de couches pigmentaires sur sa face postérieure ; les vaisseaux existant sur sa face antérieure, pendant la vie fœtale, disparaissent en même temps que ceux de la membrane pupillaire. — L'objet de la membrane pupillaire serait de former un substratum sur lequel l'iris s'appuie.

— *Sur le défaut d'élimination des substances odorantes dans la maladie de Bright*, par M. de Beauvais (Académie des sciences, 25 octobre). — Des recherches cliniques répétées ont démontré à l'auteur que c'est là un signe exclusif, pathognomonique, de la maladie de Bright, qui persiste avec elle, alors même que le symptôme albuminurie est momentanément supprimé ; qui n'existe jamais dans les albuminuries, même persistantes, reconnaissant une autre cause ; qui confirme l'importance et la nature du rôle de la substance corticale dans l'élaboration de l'urine ; qui prouve la spécialité de la maladie de Bright et des transformations morbides qui lui sont propres et qui révèlent à la fois la gravité et l'incurabilité fatales de la maladie confirmée. — A défaut de l'albuminurie, symptôme capital, ou de l'hydropisie caractéristique, la suppression absolue, incurable, du passage des odeurs dans l'urine impose donc à la fois le diagnostic, le pronostic et le traitement. On constate ce signe en administrant une préparation d'asperges ou d'essence de térébenthine.

— *Sur les réactions propres à la substance médullaire des capsules surrénales*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 380). — En résumé : 1° Les capsules surrénales contiennent une matière spéciale, non encore isolée, qui se révèle par un ensemble de réactions très-caractéristiques. — 2° Cette matière n'existe que dans la substance médullaire des capsules et est un produit de sécrétion des substances mêmes. — 3° Sa présence dans ces organes les distingue de tous les autres organes. On peut en inférer que les capsules ont une action qui leur est propre. — 4° On peut même regarder comme certain que les capsules surrénales sont des glandes sanguines, et qu'elles versent dans le torrent circulatoire un produit de sécrétion qui diffère à certains égards des produits jetés dans la circulation par les autres glandes analogues. — 5° Les capsules surrénales n'entrent en com-

plète activité qu'après la naissance. — 6° Leurs fonctions, sous des influences diverses, maladies, alimentation insuffisante, hibernation, etc., sont soumises à des variations que l'on peut apprécier jusqu'à un certain point au moyen des réactions que j'ai indiquées.

— *Fonctions des capsules surrénales*, par M. Benvenisti (Giorn. Venet. di scien., et Gazette médicale, p. 795). — Conclusions : Quand l'action des capsules est défectueuse ou cesse, les cellules pigmentaires abondent dans le sang, la peau, l'œil, les poumons et les autres viscères intérieurs, ainsi que dans le cerveau ; quand leur office dans l'organisation s'accroît et se développe avec leur volume, les cellules pigmentaires manquent ou deviennent très-rares dans les mêmes organes.

— *Nouvelles recherches sur l'importance des fonctions des capsules surrénales*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, p. 160). — Reproduction du mémoire adressé à l'Académie des sciences, analysé dans l'*Annuaire*, t. Ier, p. 53.

— *Recherches expérimentales sur les fonctions des capsules surrénales et leurs rapports supposés avec la coloration bronzée de la peau*, par M. Harley (Medico-chirurg. Review, janvier, et Archives générales de médecine, février, p. 222).— Nous avons donné, p. 53 de notre *Annuaire*, t. Ier, d'après la Gazette hebdomadaire, une communication de M. Harley sur le même sujet. Depuis cette époque, M. Harley a publié un assez long mémoire, où il traite de l'histologie des capsules surrénales, de leur composition chimique, des suites de leur extirpation, et de leur pathologie. Les trois premiers chapitres sont ainsi résumés par l'auteur : 1° Les capsules surrénales ne sont pas des organes exclusivement embryonnaires ; — 2° elles ne sont pas indispensables au maintien de la vie ; — 3° l'extirpation de la capsule surrénale droite est généralement plus grave que celle du même organe à gauche; — 4° leur extirpation n'est pas toujours suivie de convulsions ; — 5° elle n'entraîne pas (chez les rats) une émaciation ou une débilité remarquables ; — 6° quand cette opération est suivie de mort, celle-ci résulte, dans la majorité des cas, des lésions des tissus environnants, et peut-être le plus souvent de la nutrition des nerfs ganglionnaires ; — 7° il n'est pas prouvé que la suppression des fonctions des capsules surrénales empêche les transformations de l'hématine, ni qu'elle facilite la formation des cristaux dans le sang ; — 8° leur extirpation ne produit pas une augmentation du dépôt pigmentaire dans la peau ou dans ses appendices (chez les rats) ; — 9° le problème des rapports qu'il peut y avoir entre la coloration bronzée de la peau et les maladies des capsules surrénales attend sa solution bien plutôt de l'anatomie pathologique que d'expériences physiologiques.

— *Sur l'extirpation successive ou simultanée des deux capsules surrénales chez les rats albinos et les surmulots*, par M. Philippeaux (Académie des sciences, 22 février).—Ce travail confirme, suivant l'auteur, les conclusions qu'il avait précédemment formulées, et qu'il résume dans la proposition suivante : Les capsules surrénales ne sont des organes essentiels à la vie ni chez les albinos, ni chez les animaux non albinos. Les capsules surrénales, chez les surmulots, ne paraissent pas en rapport avec la fonction pigmentaire.

— *Note sur un nouveau procédé de dosage de l'urée*, par M. Leconte (Académie des sciences, 2 août, et Paris, imprimerie Pillet, in-8, 20 p.).—Pour faire une analyse, on place l'urée dans le ballon avec un peu d'eau, on ajoute rapidement l'hypochlorite de soude, de manière que la fiole soit complétement remplie, et qu'en plaçant le bouchon il monte un peu de liquide dans le tube, qui doit être d'un petit diamètre ; lorsque cette colonne liquide est arrivée à l'extrémité du tube à gaz, on engage cette dernière sous le tube gradué ; on place le ballon dans un petit bain-marie ; on chauffe lentement jusqu'à l'ébullition. Quand, malgré cette température, il ne se dégage plus sensiblement de gaz, on chauffe directement avec la lampe à alcool, et on maintient l'ébullition jusqu'à ce que la vapeur produise un bruit sec en se condensant dans l'eau, ce qui indique qu'elle ne contient plus de gaz.

— *Sur la sécrétion urinaire et l'albuminurie*, par de Wittich (Archives de Virchow, et Gazette médicale de Paris, p. 51). — Pour l'auteur, ce sont les cellules épithéliales qui président à la sécrétion urinaire, et l'albuminurie serait produite par l'expulsion des cellules épithéliales : celle-ci reconnaîtrait pour cause un état congestionnel des reins.

— *Principes de mécanique animale, ou Etude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés*, par M. Giraud-Teulon (Paris, J.-B. Baillière et fils, in-8, 488 pages, figures dans le texte). — L'auteur de cet ouvrage ne s'adresse pas seulement au public médical, mais à tous ceux qui s'occupent de science naturelle. La locomotion chez les animaux, qui y est longuement et savamment traitée, n'est-elle pas le vrai flambeau qui éclaire l'anatomie comparée ? L'industrie pourra s'y renseigner sur la manière la plus efficace et la plus productive d'utiliser les forces de l'homme et celle des animaux. L'artiste même y trouvera dans l'étude des conditions d'équilibre et de mouvement des êtres vivants, le moyen d'animer ses tableaux, de rendre chaque attitude avec vérité et d'éviter ces erreurs physiologiques si choquantes et pourtant si faciles à commettre, quand on n'a pour guide que l'anatomie morte et un sentiment mal défini à la place de notions méthodiquement acquises sur la production des mouvements.—Mais notre rôle est de signaler surtout ce qui s'adresse

au médecin, et nous citerons plus particulièrement les recherches de M. Giraud-Teulon sur la locomotion chez l'homme. Depuis Borelli, la mécanique animale était presque restée dans l'oubli, discréditée par les erreurs grossières que son illustre fondateur avait accumulées à côté des vues les plus ingénieuses, des observations les plus sagaces. M. Giraud-Teulon reprit l'ouvrage de Borelli pour le fond, en corrigea les erreurs, et l'enrichit des découvertes récentes faites sur la physiologie des muscles au moyen de l'électricité, par M. Duchenne (de Boulogne) principalement ; enfin, ajoutant à tout cela des vues qui lui sont propres et une critique éclairée des travaux d'autrui, il nous a dotés d'un livre excellent, et qui comble une lacune dans la science physiologique. Jusqu'ici l'anatomie du squelette et celle du système musculaire, si scrupuleusement enseignées dans nos amphithéâtres, manquaient de leur complément naturel, de la physiologie propre. On trouvait bien dans les traités classiques, à côté de la description d'un muscle, l'indication de ses usages, mais c'était là presque toujours des vues *à priori*, déduites de la position des muscles et de leurs attaches.— Suivant un ordre méthodique, M. Giraud-Teulon passe d'abord en revue les forces musculaires dont il aura à étudier les effets, et trace une distinction fondamentale.— La *force* destinée à maintenir l'équilibre est une *contraction tonique* des muscles, amenant très-peu de fatigue. La force destinée à produire des mouvements de contraction volontaire s'accompagne seule de fatigue et se soutient moins longtemps. — Le système osseux, mis en mouvement par ces forces, représente avec ses articulations un assemblage de véritables leviers, dont la plupart sont du troisième genre. — Cela posé, l'auteur passe à l'étude de la station, et, dans tout l'ensemble de l'individu dont le centre de gravité générale doit passer en dedans de la base de sustentation, il nous montre en détail une foule d'autres équilibres partiels d'une étude des plus intéressantes. C'est la tête qui, soutenue à sa base par un point d'appui situé fort en arrière de son centre de gravité, a besoin d'avoir derrière elle des extenseurs puissants, tandis qu'il ne leur faut que très-peu de fléchisseurs. C'est la colonne vertébrale qui, par ses courbures admirablement ménagées, compense le poids des viscères situés à la région antérieure, et qui entraîneraient sans cela la chute en avant. C'est le bassin qui, suspendu sur les condyles comme sur deux tourillons, a besoin de puissants muscles pour n'être entraîné ni dans un sens, ni dans l'autre. Plus loin est une habile analyse de la disposition anatomique du membre inférieur, du mécanisme des voûtes du tarse et du jeu des muscles. Dans ces points encore, l'auteur, puisant aux meilleures sources, s'éclaire des recherches expérimentales de M. Duchenne (de Boulogne). Comme annexe de la station, se trouve une

étude des mouvements que l'homme peut exécuter sur place, après quoi le lecteur arrive à l'analyse des mouvements de locomotion proprement dits.— Suivant un ordre méthodique, l'auteur s'occupe d'abord du cas le plus simple et le plus usuel, partant le plus important à bien connaître dans ses détails : la marche en avant, puis toutes ses variétés : marche en arrière ou sur un plan incliné, sur un escalier, et enfin le saut, la course, etc. — Passant de l'anatomie humaine à l'anatomie comparée, M. Giraud-Teulon étudie la station et la progression chez les différents vertébrés, sans oublier les modes de propension qui sont propres à chacun d'eux : la natation, le vol, le ramper, le grimper. Cette seconde partie, moins indispensable que la première pour le médecin, n'en est pas moins pleine de vues très-intéressantes. — L'étendue considérable d'un tel travail nous ôte toute prétention d'en faire une analyse ; qu'il nous suffise de rendre justice à l'habileté qui l'a dirigé et à l'heureuse association des trois grands moyens de découvrir la vérité : l'ingéniosité des vues, l'exactitude des calculs et la rigueur des expériences.

— *Note sur la présence de l'iode dans l'air, dans les eaux, dans les minéraux et les corps organisés*, par M. Chatin (Académie de médecine, 16 février). — L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes : 1° La présence de l'iode dans les plantes et les animaux aquatiques est reconnue par tous. — 2° La présence de l'iode dans les minéraux et la généralité des corps simples, réputés cependant purs, n'est pas contestée. — 3° La présence de l'iode dans les eaux communes théoriquement incontestable, expérimentalement établie par moi et par plusieurs chimistes, paraît être encore un objet de doute pour quelques personnes. — 4° La présence de l'iode dans l'eau distillée n'est pas admise par M. de Luca. — 5° La présence de l'iode dans l'air est niée par MM. Cloez et de Luca. — 6° Je persiste à soutenir qu'il est facile de démontrer l'existence de l'iode dans les eaux communes, dans les eaux distillées provenant de celles-ci, dans l'air enfin, soit qu'on en lave en volume suffisant, soit qu'on opère de préférence sur la pluie ou la neige, sur le givre ou la rosée. — 7° De la quantité d'iode plus grande dans la rosée que dans la pluie, de la densité de la vapeur d'iode, de la non-proportionnalité entre l'iode et les chlorures ou autres composés minéraux des pluies ; enfin, de l'existence de l'ozone et de son action sur les iodures, je tire la conséquence que l'iode existe dans l'air, à l'état libre ou de vapeur.

— *De l'iode atmosphérique*, par M. Bouis (Académie de médecine, 24 août). — L'auteur conclut de ses expériences que l'iode se trouve dans l'eau pluviale, qu'il y est quelquefois à l'état d'iodhydrate d'ammoniaque, mais le plus habituellement associé à des matières organiques.

— *Recherches sur le développement et la propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde*, par M. Davaine (Académie des sciences, 21 juin). — Le trichocéphale *dispar*, dit l'auteur, se rencontre très-communément dans le cœcum chez l'homme. D'après ses recherches, il estime qu'à Paris un individu sur deux en est atteint. Le développement de cet entozoaire n'a pas été observé, et son mode de transmission est tout à fait inconnu. — De cette étude, il résulte : 1° Que l'œuf du trichocéphale et l'œuf de l'ascaride lombricoïde se développent hors du corps de l'homme; — 2° que l'apparition de l'embryon n'a lieu qu'après huit mois au moins pour l'un et six mois pour l'autre. — Dans ce long intervalle de temps, les œufs du trichocéphale et de l'ascaride lombricoïde peuvent sans nul doute être transportés par les pluies dans les ruisseaux, les rivières et les puits dont l'eau sert comme boisson ou est employée dans la préparation des aliments. Ces œufs complétement développés, ou l'embryon, peuvent arriver par cette voie dans l'intestin de l'homme, et y acquérir un développement ultérieur et complet.

— *Recherches chimiques sur le cyclamen et la mannite du cyclamen*, par M. de Luca (Académie des sciences, 16 août). — La nouvelle communication de M. de Luca a pour but de prouver que la mannite, extraite des tubercules de cyclamen, après la fermentation du jus, a les mêmes propriétés que la mannite extraite de la manne.

— *Recherches sur l'action physiologique de quelques poisons*, par M. Kœlliker (Virchow's Arch. et Archives générales de médecine, mai, p. 609, et Gazette médicale, p. 37).— L'auteur étudie l'action de ces poisons sur l'irritabilité musculaire, la rigidité cadavérique, le cœur et les cœurs lymphatiques, le système nerveux. « En général, dit-il, les poisons manifestent des affinités spéciales pour certains organes. Jusqu'à présent, on ne connaît que des poisons nervins et des poisons musculaires. Les premiers se divisent en trois groupes : 1° ceux qui agissent sur la substance grise (vératrine, strychnine, opium); 2° ceux qui affectent les tubes nerveux (curare, conicine); 3° ceux qui agissent sur ces deux éléments (acide prussique, nicotine, éther). Dans chaque groupe, il y a des poisons excitants et des poisons paralysants. On ne connaît pas de poison qui agisse exclusivement sur les muscles, quoique la vératrine puisse presque être rangée dans une pareille classe. Il n'y a pas de poison pour le sang, c'est-à-dire qui modifie les éléments normaux du sang de manière à rendre ce liquide délétère par lui-même. »

— *Recherches sur les propriétés de la caféine*, par MM. Stuhlmann et Falck (Arch. de Virchow et Gazette médicale, p. 459). — Conclusions ; 1° La caféine est un poison, et non, comme on

l'a prétendu, un aliment; elle tue les animaux en peu de temps et à des doses assez faibles. (Les auteurs rassurent leurs lecteurs en rappelant que la nicotine aussi est un poison, ce qui n'empêche pas l'usage du tabac.) — 2° La caféine, appliquée sur différents points du corps ou introduite dans le rectum, dans l'estomac, dans le sang, tue les animaux en peu de temps et à de très-faibles doses. Les doses ont été chez les mammifères de 1/2 gramme le plus souvent, dans un cas de 0^{gr},3 seulement; chez les oiseaux, de 0^{gr},1, 0^{gr},2, 0^{gr},3, 1/3 et 1/2 gramme; chez les reptiles de 0^{gr},05. La mort a eu lieu au bout d'une heure, deux heures, quelquefois davantage.—3° On ne trouve sur le cadavre des sujets empoisonnés aucune lésion qui puisse indiquer le genre de mort; seulement, le cœur, le foie et les gros vaisseaux renferment beaucoup de sang, et certains organes sont hypérhémiés, tandis que d'autres sont anémiques. — 4° Les phénomènes qui suivent l'administration de la caféine annoncent un trouble du système nerveux, d'où il suit que cet alcaloïde agit en paralysant ce système. De très-petites doses, appliquées sur les branchies des poissons, ont déterminé des mouvements convulsifs suivis d'adynamie et de troubles dans les fonctions des appareils locomoteurs ou respiratoires. — 5° La caféine, pendant son action sur le système nerveux, ne trouble en aucune manière les sécrétions. — 6° Elle détermine une inflammation superficielle de la muqueuse intestinale. — 7° Elle exerce une action très-prononcée sur le cœur et sur les parois des vaisseaux.

— *Effets produits sur la vision par la santonine,* par M. de Martini (Académie des sciences, 9 août). — La santonine (substance cristallisée et amère, qu'on tire des fleurs de l'*artemisia santonica*), a cette propriété singulière que les personnes qui en font usage voient, au bout de quelques minutes, tous les objets colorés en *vert.* — L'auteur suppose dans la *santonine* une *action moléculaire* sur la rétine, par laquelle est changée la tension et la réaction vibratoire des molécules nerveuses de cette membrane, sous l'impression des rayons lumineux.

—*Coloration de l'urine par la santonine,* par M. Leroy d'Etiolles (Académie des Sciences, 23 août). — A propos de la communication de M. de Martini sur l'action de la santonine sur la vision, M. Leroy (d'Etiolles) informe l'Académie qu'il a constaté la couleur *verte* de l'urine chez deux enfants auxquels il avait administré la santonine comme anthelminthique.—Dans une note dont M. Flourens a fait suivre cette communication, le célèbre secrétaire perpétuel fait remarquer que M. de Martini a constaté que les urines se colorent en *jaune orangé* chez les individus auxquels on administre une assez grande dose de santonine (quinze grains, par exemple).

— *Action de la santonine sur l'économie animale*, par

M. Mialhe (Académie des sciences, 6 septembre). — Le travail de M. le docteur de Martini a signalé, en outre, des effets produits sur la vision par l'absorption de la santonine, un phénomène très-important de la coloration de l'urine. M. Leroy d'Etiolles a confirmé par des faits qui lui sont propres ces phénomènes de coloration soit verte, soit jaune verdâtre, soit jaune orangé. — Nous aussi, nous avons été à même, depuis deux ans, de remarquer ces mêmes colorations de l'urine après l'absorption de la santonine ; et nous avons constaté que cette urine prenait, sous l'influence des alcalis, une couleur rouge orangé foncé tout à fait caractéristique ; nous avons pensé que ces phénomènes de coloration devaient être attribués à une oxydation intravasculaire. Pour en avoir la preuve, nous avons soumis la santonine à certains agents oxydants, notamment à l'acide azotique bouillant, et nous avons obtenu un produit qui, après saturation, donne à l'eau une couleur jaune verdâtre analogue à la couleur que prend l'urine sous l'influence de la santonine. Traitant ensuite cette liqueur par une base alcaline, nous avons vu se produire immédiatement une coloration rouge orangé foncé, identique avec celle que donne, par l'addition d'un alcali, l'urine sécrétée après l'ingestion de la santonine.

— *De la colchicine et de son action*, par M. Albers (Deutsche Klinik et Gazette médicale, p. 3). — Conclusions : 1° Que la colchicine agit d'une manière spécifique sur la peau et en diminue considérablement, ou même en éteint complétement la sensibilité ; — 2° que le mouvement musculaire est entièrement paralysé sans que la paralysie ait été précédée de crampes ou de secousses d'aucune nature ; — 3° que le mouvement du cœur n'éprouve aucun changement et ne prend aucune part à la paralysie des muscles volontaires ; — 4° que l'action de la colchicine se fait attendre très-longtemps, circonstance qui explique la lenteur des effets des préparations de colchique dans le traitement des maladies.

— *Action physiologique de l'upas-anthiar et de l'anthiarine*, par M. Pelikan (Gazette médicale, p. 201). — Voici les principales conclusions de l'auteur : 1° L'upas-anthiar et l'anthiarine, introduits dans le tissu cellulaire (chez une grenouille), arrêtent le battement du cœur après un temps très-court, qui varie cependant avec la dose de poison introduite, la vitalité de l'animal et l'activité de la circulation. Le ventricule, au moment où il s'arrête, est vide de sang et dans l'état de contraction. — 2° L'irritabilité musculaire est manifestement diminuée d'abord, et complétement abolie après un temps très-court. — 3° Les nerfs moteurs conservent pendant longtemps leur excitabilité. — 4° L'upas-anthiar et l'anthiarine, introduits dans les voies digestives, possèdent la même action toxique que quand ils sont appliqués dans

le tissu cellulaire; mais leur dose, comme pour le curare, doit être beaucoup plus considérable pour produire les phénomènes d'empoisonnement de la même énergie. — 5° L'action de l'upas-anthiar sur le cœur et sur les muscles paraît indépendante du système nerveux; en effet, les battements du cœur s'arrêtent aussi bien sur une grenouille dont la moelle allongée et la moelle épinière ont été préalablement détruites, que sur une grenouille qui n'a subi aucune préparation.

— *La ligature du cœur sur la grenouille, dans le but de montrer que les médicaments, pour devenir actifs, doivent nécessairement traverser le système des vaisseaux artériels*, par M. Albers (de Bonn) (Deutsche Klinik et Gazette hebdomadaire, p. 37). — Pendant l'arrêt de la circulation déterminé par la ligature du cœur, les médicaments les plus violents, introduits dans l'estomac ou dans une plaie, ne produisent aucun effet; mais à peine la ligature a-t-elle été enlevée, que l'action du médicament commence. Il est remarquable que les substances dont les effets ne se manifestent qu'au bout de trois à douze minutes, sur des animaux qui n'avaient subi aucune opération préliminaire, produisent déjà des effets évidents au bout d'un huitième à un quart de minute, d'une demi-minute, sur les animaux dont le cœur était resté lié pendant un quart d'heure, une demi-heure, une, deux, trois heures ou plus. On peut conclure de ce fait que la ligature du cœur n'empêche nullement l'absorption; que les substances introduites dans l'organisme passent dans les veines ou dans les lymphatiques, malgré l'arrêt de la circulation, mais ne deviennent actives que lorsque, ayant traversé le cœur, elles sont portées par les artères dans le système capillaire des organes.

— *Nouvelle action physiologique du bisulfate de quinine*, par M. Ranke (Medical Times and Gazette et Gazette médicale, p. 534). — L'auteur a trouvé, comme résultat constant de cinq expérimentations, que le bisulfate de quinine diminue la quantité d'acide urique excrétée journellement.

— *Recherches et considérations sur l'origine du sucre de lait*, par M. Pignatari (Correspondenze in Roma et Gazette médicale, p. 408). — L'auteur conclut que la production du sucre de lait, indépendante des aliments et du foie, s'effectue directement dans les mamelles.

— *De l'action du phosphate de soude neutre tribasique sur les matières grasses*, par M. Marcet (Gazette médicale, p. 369).

— *Mémoire sur l'hydropisine, nouvelle matière albuminoïde confondue jusqu'à ce jour avec l'albumine*, par M. Gannal (Gazette médicale, p. 373). — M. Gannal donne le nom d'hydropisine à une matière albuminoïde qu'il a rencontrée dans la sérosité d'un épanchement pleural. Cette substance, qui n'a pas été

soumise à l'analyse élémentaire, se coagule par la chaleur et par les acides, comme l'albumine; mais, tandis que celle-ci passe à travers un filtre garni de sulfate de magnésie, l'hydropisine y est retenue par ce sel sans que, toutefois, elle se coagule. Elle partage cette réaction avec la caséine et la pancréatine; mais elle se distingue de la caséine par la coagulation que lui fait subir la chaleur, et de la pancréatine, parce qu'elle ne rougit pas par le chlore.

— *De l'albumine et de ses diverses espèces*, par M. Gannal (Thèses de Paris, n° 285). — La thèse de M. Gannal contient un grand nombre de faits et une bibliographie complète du sujet; elle se termine par ces deux conclusions : 1° il y a deux espèces distinctes d'albumine, la *sérine*, que l'on trouve dans le sérum du sang, et l'*albumine* proprement dite ou albumine de l'œuf; — 2° la glutine n'est pas une albumine.

— *Note sur une réaction pouvant contribuer à l'étude de l'albumine*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 225). — On mêle environ 1 partie de sang de lapin à environ 20 parties d'eau; on verse dans le tube qui contient ce mélange une quantité d'acide azotique suffisante pour précipiter toute l'albumine; on ajoute alors de l'alcool à 36 degrés, en proportion égale à la moitié ou aux deux tiers du liquide; on agite, on chauffe jusqu'à ébullition : le précipité disparaît entièrement; le liquide devient complétement limpide. — Le même résultat a été obtenu avec le sang de quelques animaux; tandis que, avec le sang de l'homme et dans d'autres circonstances, le précipité ne devient pas limpide. — M. Vulpian en conclut que l'albumine est une substance qui varie, et que des procédés plus délicats nous feraient découvrir des nuances qui paraissent *à priori* devoir exister.

— *De l'amidon comme élément normal de l'économie animale*, par M. Carter (Edimb. med. Journal et Gazette hebdomadaire, p. 427). — M. Carter a trouvé de l'amidon à peu près dans tous les organes; il pense que : 1° La présence de l'amidon dans l'économie animale est une condition de la santé, et peut-être une des conditions de la vie. — 2° Les corpuscules d'amidon parcourent differentes phases de développement, d'accroissement et de décroissance; c'est ce qui résulte de la variabilité de leurs diamètres et de l'apparence, variable aussi, de leur contenu et de leur enveloppe. — 3° Ils ne remplissent pas une fonction locale, mais leurs usages paraissent être généraux, ce que semble prouver leur dissémination à peu près égale dans tout l'organisme. — 4° Une partie de l'amidon normal paraît être excrémentitiel, celui de l'urine, du mucus bronchique, par exemple. — Il est, du reste, impossible d'assigner dès aujourd'hui à l'amidon animal ses fonctions physiologiques; peut-être est-il en rapport avec la

production de la chaleur animale ou de l'acide lactique contenu dans le suc gastrique. Il faudra encore bien des recherches avant de pouvoir rien affirmer à cet égard.

— *Sur la formation de la vivianite dans l'organisme vivant*, par M. Nicklès (Journal de pharmacie et de chimie). — C'est le phosphate de fer qui colore en bleu les restes humains ou animaux depuis longtemps enfouis ; M. Nicklès a trouvé ce sel cristallisé sous la forme propre à la vivianite des minéralogistes.

— *Recherches sur la composition chimique des cendres de cheveux*, par M. Baudrimont (Académie de médecine, 20 juillet). — M. Baudrimont admet qu'on doit attribuer la coloration des cheveux à des combinaisons dont le fer serait la base. Le fer jouerait le rôle de principe colorant comme dans l'hématine du sang, et l'intensité de coloration serait proportionnelle aux quantités de fer contenues. Développant ce système, M. Baudrimont pense que l'on pourrait expliquer le rapport qui existe entre la couleur plus ou moins foncée des cheveux et les tempéraments plus ou moins sanguins et lymphatiques, par la richesse plus ou moins grande en globules, c'est-à-dire en matière ferrugineuse. — Nous sommes d'avis, dit M. le rapporteur, que les idées émises par M. Baudrimont sont plutôt des pressentiments propres à éclairer la marche dans de nouvelles recherches, qu'une théorie déduite de l'observation des faits.

— *De la génération spontanée*, par M. Bonifas (Thèses de Paris, n° 94). — L'auteur ne croit pas à la génération spontanée dans les temps actuels ; il examine si elle a pu exister à une époque antérieure aux temps actuels, et termine par des considérations sur la vie.

— *Mémoire sur l'hybridité en général, sur la distinction des espèces animales, et sur les métis obtenus par le croisement du lièvre et du lapin*, par M. Broca (Journal de physiologie, p. 434). — Ce travail n'a pas encore été publié en entier.

— *Recherches sur la fermentation alcoolique*, par M. Pasteur (Académie des sciences, 2 août). — M. Pasteur affirme qu'il ne se forme pas la plus petite quantité d'acide lactique dans la fermentation alcoolique ; l'acidité de la liqueur est due à la présence constante de l'acide tuccinique.

ANÉSTHÉSIE.

— *Des anésthésies en général, de leurs effets physiologiques et pathologiques, et surtout de l'élément chimique qui spécialement produit l'anésthésie*, par M. Ozanam (Metz, imprimerie Verronais; in-8, 130 pages). — Dans un premier chapitre, *Des anésthésies en général*, l'auteur étudie l'anésthésie avant l'éther, puis l'anésthésie moderne, ce qui le conduit à exposer la découverte de l'éthérisation et de la chloroformisation. Bien que reproduisant des faits connus, surtout depuis les travaux de M. Figuier, auquel M. Ozanam fait de nombreux emprunts, ces pages offrent un grand intérêt. — M. Ozanam trace rapidement le tableau des phénomènes de l'éthérisation, et arrive à la théorie générale de l'anésthésie : il fait entrer dans ce cadre tous les travaux originaux qu'il a fait connaître à l'Académie des sciences, et donne la conclusion suivante : l'élément chimique qui spécialement produit l'anésthésie, c'est le *carbone*. La démonstration de ce fait se base sur deux ordres de preuves : I. *analyse*, ou preuve tirée de la nature des corps employés ; — II. *synthèse*, preuve tirée de la quantité ou proportion relative de leurs éléments. — A. *Analyse*. Cette preuve repose sur l'élimination successive de toutes les substances autres que le carbone, sans altération de la propriété anésthésique. En effet, nous avons expérimenté : 1° des corps composés d'oxygène et de carbone (acide carbonique, oxyde de carbone) ; — 2° des corps contenant azote, hydrogène et carbone (acide cyanhydrique). — Nous avons reconnu à toutes ces substances des propriétés anésthésiques; mais parmi les éléments qui les composent, le carbone seul se retrouve constamment; tous les autres peuvent manquer tour à tour, sans que l'importante propriété que nous étudions vienne à disparaître. — L'hydrogène, l'azote, manquent dans les gaz carbonés ; l'oxygène ne se retrouve point dans l'acide prussique. — C'est donc le carbone qui, par sa présence dans tous ces corps, détermine leur action sur le système nerveux, c'est le carbone qui anésthésie. — B. *Synthèse*. Si le carbone possède véritablement ce pouvoir, on peut, en variant ses proportions relatives, faire varier également sa puissance. — C'est précisément ce que démontre encore l'étude de ces trois substances : l'acide carbonique, où le carbone est en proportion égale à celle de l'oxygène, est bien moitié moins fort que l'oxyde de carbone, où le carbone est en proportion double de celle de l'autre corps composant. — L'acide prussique est encore plus énergique, parce que le car-

bone ne s'y trouve plus modéré par la présence de l'oxygène. Si donc il est vrai, jusqu'à un certain point, de dire que plus un corps est riche en carbone, plus il est anésthésique, il faut bien forcément en tirer cette conclusion, que le carbone est véritablement le corps anésthésique par excellence; mais il faut qu'il soit pour cela dans une combinaison facilement assimilable pour l'organisme; il faut qu'il ait quitté sa forme cristalline ou métallique pour prendre la forme d'un gaz ou d'une vapeur : alors il peut pénétrer dans l'intimité de l'organisme, et modifier le système nerveux dans les actes les plus importants et les plus intimes de notre existence. — Il est facile, en outre, de définir le rôle de l'oxygène : si ce gaz adoucit et modère l'action du carbone dans les corps composés dont il fait partie, comme on le voit dans l'étude comparée de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique, nous devions en conclure aussi que, donné en inhalation, il devait être l'antagoniste le plus puissant, l'antidote le plus efficace de tous les corps carbonés, voilà pourquoi nous avons voulu compléter leur étude par celle de l'oxygène. — Nous y avons peu insisté pour l'acide carbonique, parce que nous n'avons point eu besoin de rappeler à la vie les animaux, et que d'ailleurs d'anciennes expériences ont montré l'efficacité de l'oxygène contre l'asphyxie simple. — Les nôtres et celles de Withe montrent ce gaz efficace contre les effets de l'oxyde de carbone. — Enfin, nous avons couronné son étude et notre œuvre, en le montrant encore efficace contre les accidents si graves et si rapides de l'acide cyanhydrique.

— *Recherches sur les inhalations d'acide carbonique considérées comme anésthésique efficace et sans danger*, par M. Ozanam (Académie des sciences, 22 février). — Les inhalations de gaz carbonique produisent des effets très-analogues à ceux de l'éther, mais plus fugitifs; on peut les diviser en quatre périodes : 1° prodromes; — 2° excitation; — 3° anésthésie; — 4° réveil. — 1° *Période prodromique*. Tantôt l'animal est calme, tantôt il se roidit : on dirait qu'il pressent un danger; souvent il retient son souffle; d'autres fois sa respiration s'accélère. Si on interrompt les inhalations, il tend le cou en avant et recherche l'air avec avidité; cet état dure d'une à quatre minutes, suivant la force du sujet, et suivant que le gaz est respiré pur ou mêlé d'air atmosphérique. — 2° *Période d'excitation*. Celle-ci est presque nulle; elle consiste surtout en agitation et en mouvements volontaires : rarement j'ai observé des contractions nerveuses, le gaz ayant été absorbé trop pur. La respiration pendant cette période est plus fréquente, le cœur bat avec rapidité, puis, au bout d'une minute, terme moyen, survient la résolution musculaire. — 3° *Période d'anésthésie*. L'animal est étendu sur le côté, les quatre membres souples et relâchés; la respiration profonde, ralentie, la pupille

modérément dilatée ; le cœur bat plus lentement et avec moins de force ; la peau, les oreilles, les membres, la racine des ongles, sont insensibles. L'anésthésie est complète ; nous avons transpercé les chairs et cautérisé cinq fois avec le fer rouge, sans que l'animal donnât signe de douleur. — C'est à cette période que l'action du gaz commence à différer de celle de l'éther ; car, tandis que, pour ce dernier, il faut interrompre les inhalations après de courts intervalles, pour l'acide carbonique il faut un procédé inverse : — *a*. Aussi longtemps que l'on veut prolonger le sommeil, il faut continuer les inhalations. — *b*. Celles-ci peuvent être prolongées dix, vingt, trente minutes et plus, sans danger pour la vie. — *c*. Quand on cesse les inhalations, le réveil est presque toujours immédiat. — 4° *Période du réveil*. On enlève l'appareil : l'animal aspire l'air vivifiant, qui rétablit l'équilibre de l'hématose. Il reste pendant vingt ou soixante secondes encore immobile, mais la sensibilité commence à reparaître ; un instant encore, et il se relève, chancelant sur ses pattes : il semble être dans un état d'ivresse ; sa respiration est plus fréquente ; son cœur bat avec force, mais ce phénomène dure peu ; bientôt l'animal est revenu à son état normal, et l'on pourrait recommencer l'expérience sans danger pour sa vie. — Un résultat remarquable et bien inattendu, c'est que les animaux fréquemment soumis aux inhalations carboniques finissent par s'y habituer jusqu'à un certain point, en sorte qu'il devient difficile de les endormir profondément, tandis qu'aux premières séances le sommeil s'obtenait avec rapidité.

— *Sur les propriétés anésthésiques de l'acide cyanhydrique, et sur l'oxygène comme antidote de ce corps*, par M. Ozanam (Académie des sciences, 20 septembre). — L'auteur a constaté, par des expériences sur les animaux, qu'en employant des inhalations au centième, et en les interrompant au moment où se manifestent les premiers signes d'action de l'acide, on voit se dérouler toute la série des phénomènes propres aux substances anésthésiques : excitation, collapsus, réveil ; mais, si l'on veut prolonger les inhalations jusqu'à ce que l'on ait atteint la deuxième période de *coma*, l'animal tombe pour ne plus se relever. Ces faits paraissent à M. Ozanam de nature à achever la démonstration d'une loi qu'il a précédemment formulée en ces termes : Tous les corps carbonés, volatils ou gazeux, sont doués d'un pouvoir anésthésique d'autant plus considérable qu'ils renferment plus de carbone. — Après avoir expérimenté divers antidotes, dans les cas où les doses étaient devenues toxiques, l'auteur a reconnu que l'oxygène est le meilleur, sinon le seul ; il importe seulement d'en prolonger suffisamment l'emploi.

— *Emploi de l'acide carbonique comme anésthésique*, par M. Herpin (de Metz) (Académie des sciences, 22 mars). — Deux

conclusions ainsi formulées : 1° On ne peut pas inhaler le gaz carbonique pur, et il faut le mélanger avec une forte proportion d'air atmosphérique ; — 2° on doit éviter de mettre ce gaz en contact avec les yeux et les narines. — Au point de vue de l'application du gaz carbonique à la thérapeutique chirurgicale, comme agent anésthésique général, nous pensons, dit l'auteur en terminant, qu'il serait convenable de produire ou de déterminer l'anésthésie par le chloroforme, puis de continuer l'effet anésthésique au moyen du gaz carbonique mélangé avec une forte proportion d'air atmosphérique (80 à 90 pour 100 d'air). — De cette manière, on éviterait les dangers et les inconvénients que présente l'emploi du chloroforme seul ; car on pourrait graduer à volonté la force du mélange, et par conséquent graduer aussi l'intensité de l'action anésthésique, et surtout en prolonger presque indéfiniment la durée, sans mettre en danger la vie du malade.

— *Recherches sur les anésthésiques en général, leurs effets physiologiques et pathologiques, et sur l'agent chimique qui spécialement produit l'anésthésie*, par M. Scoutetten (Société des sciences médicales de la Moselle, p. 323). — Dans ce mémoire, qui n'a pas moins de soixante-douze pages, M. Scoutetten fait l'historique de l'anésthésie, qu'il divise en générale et locale, et des différents anésthésiques. Il traite ensuite de leur mode d'administration, étudie leurs effets physiologiques, et insiste sur les idiosyncrasies, les indications et les contre-indications. On trouve ensuite un chapitre intéressant sur l'emploi des anésthésiques dans les maladies internes et externes. Enfin, arrivant à l'agent chimique qui produit spécialement l'anésthésie, M. Scoutetten formule ainsi sa pensée : « Tous les anésthésiques sont des corps carbonés qui, par leur combinaison binaire ou ternaire, acquièrent la propriété de déterminer, à des degrés variables, l'affaiblissement, la suspension ou l'anéantissement des fonctions du système nerveux ; ce sont de véritables poisons qui s'opposent aussi à l'oxydation du sang, et dont les effets diffèrent, non en raison de la quantité administrée, mais bien de la susceptibilité individuelle, variable et inconnue. »

— *Recherches sur les effets du chloroforme*, par M. Faure (Académie de médecine, 6 juillet). — « Si le chloroforme avait par lui-même la propriété de déterminer l'anésthésie ; si la perte de la sensibilité et du mouvement était le résultat d'une action spéciale exercée par lui sur l'organisme ; s'il agissait, en un mot, à la façon de ces corps qui, une fois déposés sur une surface muqueuse, sont absorbés et ensuite transportés dans l'universalité de l'économie par la circulation, il est évident qu'il produirait ses effets du moment que la surface qui le recevrait, quelle que fût d'ailleurs cette surface, présenterait des conditions d'ab-

sorption suffisantes. Dès lors, de même qu'il suffit pour donner la mort d'injecter dans un seul des poumons une solution d'opium, de belladone, de strychnine, de curare, de sulfo-cyanure de potassium, d'arsenic, etc., il devrait suffire, pour anésthésier, qu'une quantité déterminée de chloroforme fût aspirée par un seul poumon. — Or, il n'en est rien. — Quand on fait arriver du chloroforme dans un seul poumon, soit en vapeur, soit à l'état liquide, quels que soient la quantité et l'espace de temps, il ne se présente rien de semblable à l'anésthésie. Le sujet éprouve un malaise extrême, mais il n'offre pas un seul de ces symptômes d'ivresse que l'on attribue communément au chloroforme. — Entre beaucoup d'expériences qui confirment ce fait, il en est une qui me paraît significative, et que j'ai eu l'honneur de répéter devant M. le professeur Trousseau. — A un chien de moyenne taille, je divisai trois anneaux de la trachée-artère, et j'introduisis par l'ouverture un tube de caoutchouc que je laissai glisser jusqu'à ce qu'il s'arrêtât de lui-même dans l'une des grosses bronches. Je le fixai alors par une épingle piquée transversalement, et je fis plonger son extrémité extérieure dans un flacon contenant 6 grammes de chloroforme environ. L'exhalation dura treize minutes. Nous constatâmes que tout le chloroforme était épuisé. Cet animal aspira donc six fois plus de chloroforme qu'il n'en eût fallu pour le tuer s'il l'avait respiré avec les deux poumons, et cependant il ne parut pas un seul instant céder à l'influence anésthésique. Durant toute l'expérience, ses yeux gardèrent toute leur activité, ses pupilles ne changèrent point de diamètre, il s'agita vivement; enfin, à peine l'eut-on délié, qu'on le vit marcher et courir : bientôt on le vit boire avec avidité. — Cette expérience, dis-je, me paraît on ne peut plus concluante. En effet, en n'envoyant du chloroforme que dans un seul poumon et en maintenant dans l'autre la respiration aérienne, j'éliminais la possibilité de l'asphyxie, et je laissais, au contraire, le champ entièrement libre à l'action propre du chloroforme : elle ne s'est manifestée en aucune façon. On ne peut pourtant pas admettre ici que les propriétés de la partie soient différentes de celles du tout. — Quelle est donc la condition essentielle à la production de l'anésthésie? — C'est une modification toute matérielle, très-appréciable à l'œil nu, que le contact du chloroforme détermine constamment dans la membrane pulmonaire, et qui consiste en une stase du sang à demi coagulé dans les capillaires, stase en raison de laquelle la respiration devient mécaniquement impossible. Quand le chloroforme porte sur les deux poumons, la respiration est totalement supprimée, l'asphyxie est prochaine, et l'anésthésie en est le premier symptôme; quand il ne porte que sur l'un de ces deux organes, la fonction n'est supprimée qu'à moitié : il n'y a point d'asphyxie, et partant point

d'anésthésie. — Des recherches microscopiques, que j'ai poursuivies dans tous leurs détails, ont mis pour moi hors de doute le rapport réciproque des lésions produites et de la gravité des effets anésthésiques qui les suivent. — Enfin, le chloroforme, lorsqu'il est mis en contact avec des parties musculeuses, abolit instantanément leur contractilité, et par conséquent entraîne la paralysie des organes auxquels elles appartiennent. Un nombre infini d'expériences des plus variées m'ont donné sous ce rapport des résultats constamment uniformes. — L'anésthésie générale est la conséquence, non d'une action propre du chloroforme sur l'organisme, mais d'un état d'asphyxie déterminé par une action directe de ce corps sur les organes respiratoires. — Cette action est caractérisée surtout par la stase du sang dans les capillaires de la membrane pulmonaire, et par la suppression des propriétés physiologiques de cette membrane. — Ces caractères sont saisissables à l'œil. » — Les idées que M. Faure a exposées devant l'Académie ont été longuement développées dans un mémoire publié par lui dans les Archives générales de médecine, p. 641 (*Le chloroforme et l'asphyxie*).

— *De l'iodoforme comme nouvel agent anésthésique*, par M. Franchino (Gaz. med. di stati Sardi et Revue étrangère, p. 118). — L'auteur a fait trois expériences sur des animaux : l'iodoforme lui paraît offrir quelques avantages.

— *Quelques considérations sur l'emploi du chloroforme, surtout en campagne, suivies d'une notice sur ses altérations et falsifications*, par M. Krug (Thèses de Strasbourg).

— *Effets comparatifs de l'amylène et du chloroforme sur le même sujet*, par M. Sharpin (Medical Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 550).— Un enfant de huit ans avait une affection du pouce qui exigeait l'amputation.— L'amylène lui fut administré, et au bout d'un quart d'heure il avait perdu conscience des choses qui l'entouraient, mais conservait encore de la sensibilité. Les battements du pouls, plus rapides au début, devinrent ensuite imperceptibles, et, quoiqu'il n'y eût ni spasme ni agitation, on conçut de vives inquiétudes.—L'application du couteau réveilla le patient, et le pouls reprit sa force première ; mais l'on ne crut pas prudent de recommencer l'inhalation ; le chirurgien désirant, du reste, observer les effets comparatifs du chloroforme sur la même personne, remit l'opération au lendemain.—Ce jour-là, le petit malade ne se sentant nullement fatigué des tentatives de la veille, fut endormi avec le chloroforme.—Au bout de trois minutes, l'anésthésie fut complète; il y eut de l'agitation, pas de spasme de la glotte ; le pouls, d'abord plus rapide, devint bientôt tel qu'il était auparavant. L'opération se fit sans souffrance ; le malade revint rapidement à lui, vomit un peu, et fut fatigué pendant quelque temps.

— *De l'importance du pouls dans ses rapports avec l'influence du chloroforme*, par M. Dyce (Medical Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 534).—L'examen de la circulation est seul nécessaire pour juger de l'état du malade. Le premier et seul indice d'un état grave est marqué par l'irrégularité ou l'intermittence du pouls.

— *Recherches statistiques sur l'influence du chloroforme sur le résultat des grandes opérations*, par M. Fenwick (Medical Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 534).—Il appert des tableaux scientifiques dressés par ce médecin, que la mortalité n'aurait pas été grandement modifiée par l'emploi du chloroforme. Le danger de la commotion a été notablement amoindri dans les amputations, suites d'accidents traumatiques, et presque annulé dans les cas où ces mêmes opérations succédaient à de longues maladies. On ne peut assurer positivement que les inflammations consécutives aient diminué de nombre depuis son emploi; cependant la mortalité a été réduite entre le quatrième et le quatorzième jour.

— *Statistique d'amputations faites avec l'aide du chloroforme*, par M. Arnott (Medical Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 550). — Le chloroforme, suivant cet auteur, est un agent déprimant et débilitant, prédisposant par conséquent à la pyohémie et aux autres affections graves qui suivent parfois les grandes opérations. Il fournit à l'appui de sa thèse une statistique puisée dans divers hôpitaux de la capitale et de la province, et qui démontre que le chloroforme augmente la mortalité. — Avant le chloroforme, 590 amputations ont donné 135 morts : 22 pour 100. — Après le chloroforme, 389 amputations ont donné 117 morts : 30 pour 100. — Ces opérations, pratiquées sur des cuisses, des jambes et des bras, dans quatre hôpitaux de Londres et quatorze hôpitaux de province, ont été exécutées par des praticiens éminents tels que MM. Simpson, Ghie (de Glascow), Fenwick (d'Oxford). L'augmentation étant de 8 pour 100, M. Arnott est fort étonné qu'on ne s'inquiète pas davantage d'une différence aussi considérable. Il pense que ces funestes conséquences seraient moins fréquentes si l'on choisissait soigneusement les cas d'application, si l'on donnait une dose moindre de l'anésthésique, et surtout si l'on n'employait pas ces appareils à inhalation qui voilent la figure du patient, et empêchent de reconnaître les signes avant-coureurs de la mort.

— *Expériences avec l'acide carbonique sur des lapines à l'état de gravidité*, par MM. Breslau et Vogel (Wien. Mediz. Woch., septembre, et Gazette hebdomadaire, p. 741). — L'action *toxique* du gaz paraît, en tous cas, mise hors de question à MM. Breslau et Vogel. Quant à son introduction dans la circulation, si le fait est possible, ce serait tout au plus une raison pour éviter l'em-

ploi des injections d'acide carbonique dans les conditions où l'existence de quelque vaisseau divisé ne permettrait pas de limiter leur action au mécanisme de l'endosmose.

— *De la cadavérisation des muscles produite par les injections de chloroforme dans les artères*, par M. Kussmaul (Archives de Virchow, et Archives de médecine, p. 348). — Lorsqu'on injecte quelques grammes de chloroforme dans l'aorte abdominale d'un lapin, on observe presque instantanément une rigidité des muscles des extrémités inférieures qui ressemble à la roideur cadavérique (fait déjà constaté par MM. Coze et Flourens); différentes huiles essentielles produisent également cet effet, qui reste toujours borné aux extrémités injectées. Les muscles semblent avoir acquis la dureté du bois lorsqu'on a fait l'injection sur un animal vivant; la roideur est d'autant moins prononcée que la force contractile du muscle est moindre, et qu'on s'éloigne davantage du moment de la mort. L'effet est nul quand la rigidité cadavérique naturelle a disparu. — La rigidité produite par le chloroforme n'est pas l'effet d'une coagulation du sang dans les vaisseaux, ni de celle des liquides albumineux qui imbibent les muscles; elle siége dans la substance contractile elle-même. Dans cet état, la fibre musculaire est moins extensible et plus fragile; elle a perdu en tout ou en partie sa contractilité et ses courants électriques; elle présente, en un mot, les mêmes caractères que dans la rigidité cadavérique, ou dans celle que produit une température élevée. — La combinaison qui se fait entre le chloroforme et la fibre musculaire est de telle nature que, tout en détruisant ses propriétés vitales, elle la rend apte à résister longtemps à la putréfaction. Chez les animaux qui survivent, le sang qui continue à circuler vient pour ainsi dire laver le muscle, et détruire, en emportant le chloroforme, cette combinaison protectrice, en même temps qu'il humecte sans cesse les tissus, les imprègne d'oxygène et en maintient la température — La gangrène produite par le chloroforme doit, en définitive, être assimilée à celle qui résulte de l'absorption de certains poisons, mais elle prouve en même temps que ces poisons ne partagent pas nécessairement les propriétés des ferments. Du reste, l'extrémité est en réalité déjà morte, par l'effet du chloroforme, avant que la putréfaction survienne.

— *Mort par le chloroforme.* — Observation de M. Ceccaldi (Gazette des hôpitaux, p. 273, et plusieurs autres journaux). — Opération pratiquée pour un testicule que l'on croyait cancéreux, sur un militaire de quarante-cinq ans. Deux ou trois minutes après le commencement de la chloroformisation, pratiquée avec soin au moyen d'une compresse et de charpie, le malade se lève sur son séant par une énergique contraction des muscles, fait une dernière expiration et meurt. — Toutes les tentatives

pour le rappeler à la vie restent sans succès. A l'autopsie, on a trouvé des tubercules miliaires dans les poumons ; le testicule était aussi tuberculeux.

— *Accidents causés par le chloroforme. — Respiration artificielle bouche à bouche. — Guérison*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 302).—Dans le cours d'une opération pratiquée pour une tumeur du sein, la patiente, âgée de quarante-cinq ans, a éprouvé des accidents alors qu'elle ne respirait plus de chloroforme. Le pouls est à peine perceptible, la respiration suspendue, la face décolorée.—Respiration bouche à bouche : rétablissement en quelques minutes.

— *Mort par le chloroforme*, par M. Peschek (Deutsche Klinik et Gazette hebdomadaire, p. 319). — Un professeur d'histoire naturelle, âgé de trente ans, fortement constitué, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, éprouva pendant quelques jours des maux de dents violents ; pour se soulager, il eut recours aux inhalations de chloroforme. Un soir, après avoir été au spectacle et avoir soupé avec ses amis, il se coucha à l'heure habituelle en proie à de vives douleurs. Le lendemain, on le trouva mort dans son lit, couché sur le côté, tenant entre ses mains un mouchoir, à peu de distance de la bouche. Sur une table, à côté du lit, était un flacon renfermant du chloroforme, dont les vapeurs saturaient l'air de l'appartement. La température était très-élevée, et le cadavre se décomposa avec une rapidité effrayante. L'autopsie ne put être faite.

— *Mort par une injection d'acide carbonique dans l'utérus*, par M. Scanzoni (Beitrage zur Geburtsk., p. 181, et Gazette hebdomadaire, p. 741). — Il s'agit d'une femme qui était enceinte ; mais, à la suite d'une erreur de diagnostic, on avait résolu de lui amputer le museau de tanche, qui se présentait à la vulve sous forme d'une tumeur bleuâtre, crevassée, du volume d'une petite pomme. Le médecin traitant, père de la patiente, eut l'idée d'injecter de l'acide carbonique dans la cavité du col, pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie trop abondante. Cette injection fut faite à l'aide d'un appareil convenable ; mais à peine quelques pouces cubes de gaz eurent-ils pénétré dans le col, que la malade s'écria que l'air lui pénétrait dans le ventre, le cou, la tête ; des convulsions tétaniques générales survinrent ensuite, puis une longue agonie, et la mort au bout d'une heure trois quarts. — On ne trouva à l'autopsie, comme lésion à laquelle on pût rapporter la mort, qu'un œdème pulmonaire très-considérable. La matrice contenait un œuf intact, au quatrième mois.

— *Mort par l'inhalation d'un mélange d'éther et de chloroforme*, par M. Crockett (Americ. Journ. of med. science, 1857, et Archives générales de médecine, janvier, p. 97). — Enfant de cinq ans : agent anésthésique, composé de 4 parties d'éther

et de 1 partie de chloroforme. — Quand l'opération (tumeur graisseuse du dos) fut terminée, l'enfant se prit à vomir; le pouls disparut : l'enfant mourut en trois ou quatre minutes, malgré les manœuvres entreprises pour conjurer les accidents. Pas d'autopsie,

— *Recherches sur un nouveau symptôme du croup, servant d'indication à la trachéotomie*, par M. Bouchut (Académie des sciences, 26 juillet). — 1° La troisième période du croup est accompagnée d'une anésthésie générale de la peau. — 2° Cette anésthésie augmente par degrés, à mesure que s'épaississent ou que s'étendent les concrétions fibrineuses du larynx. — 3° Elle n'est complète que lorsque l'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons est considérable et date de quelques heures. — 4° C'est la conséquence d'une hématose imparfaite et d'une asphyxie prochaine. — 5° On l'observe, dans les cas d'*asphyxie latente* sans cyanose, comme dans les cas d'asphyxie la plus apparente, avec cyanose et suffocation. — 6° Elle n'existe pas dans la diphthérite assez grave pour occasionner la mort par elle seule, sans extension au larynx. — 7° Sa présence est d'un très-fâcheux pronostic. — 8° C'est une indication formelle de recourir à la trachéotomie. — 9° Cette anésthésie cesse lorsque, après l'ouverture de la trachée, les fonctions de l'hématose se sont rétablies.

— *Anésthésie qui naît de l'asphyxie*, par M. Demarquay (Académie des sciences, 27 septembre). — M. Demarquay dit qu'il a plusieurs fois constaté l'anésthésie chez les individus auxquels il pratiquait l'opération de la trachéotomie; il réclame la priorité sur la communication de M. Bouchut.

— *Nouveau procédé d'anésthésie locale*, par M. Piédagnel (Académie des sciences, 22 mars). — Ce procédé permet d'appliquer des vésicatoires et des cautères sans provoquer des douleurs. L'auteur, pour cela, mélange à la poudre de cantharides, s'il s'agit d'un vésicatoire, à la poudre de Vienne, s'il s'agit d'un cautère, un quart au plus de chlorhydrate de morphine (30 ou 40 centigrammes suffisent pour un cautère ou un vésicatoire).

— *De la substitution de l'opium à la morphine, pour prévenir la douleur de la cautérisation*, par M. Massart (Revue de thérapeutique, mai). — L'auteur rappelle un passage de Barthez, dans lequel il est dit que la potasse, mélangée à l'opium, cautérisa sans douleur. Il fait remarquer que le mélange avec l'opium est moins cher que celui que M. Piédagnel fait avec le chlorhydrate de morphine, et donne, par conséquent, la préférence à la préparation opiacée.

— *Anésthésie locale*, par M. Parmentier (Union médicale, p. 34). — Dans cet article, M. Parmentier appelle l'attention sur différentes opérations, pour lesquelles on peut obtenir l'a-

nésthésie locale par les réfrigérants. Dans tous les cas où l'anésthésie locale trouve son emploi, on doit la préférer à l'anésthésie généralisée. M. Demarquay a dirigé de l'acide carbonique sur un abcès de la bouche, et a pu ensuite l'ouvrir sans douleur. L'action anésthésique locale de l'acide carbonique se limite aux muqueuses.

— *Anésthésie par le froid*, par M. Thompson (The Lancet, 8 octobre). — L'anésthésie peut être facilement obtenue par les réfrigérants; il faut l'employer dans les opérations auxquelles ce moyen convient. Exemple d'ouverture d'abcès du sein sans douleur, après l'application de la glace.

— *Anésthésie galvanique* (Art dentaire, p. 192 et suiv.). — L'anésthésie galvanique, d'abord repoussée par le rédacteur de l'Art dentaire, a été plus tard acceptée avec enthousiasme. M. Préterre a tenu ses lecteurs au courant de la découverte et des applications de l'électricité à l'extraction des dents, et il en a modifié le *modus faciendi*. — Dans une communication faite au Cercle de la presse scientifique (Bulletin, p. 105), M. Préterre a déclaré que toutes les expériences n'étaient pas concluantes, et que les faits acquis étaient encore insuffisants pour apprécier la valeur réelle de cette méthode.

— *Anésthésie locale par le galvanisme*, par M. Préterre (Académie de médecine, 5 et 12 octobre). — Dans une lettre, M. Préterre parle de différents articles publiés dans l'Art dentaire, et revendique la priorité de l'extraction des dents avec l'anésthésie galvanique, pour M. Francis. — Dans la séance du 12 octobre, M. Robert rend compte de plusieurs expériences faites à l'Hôtel-Dieu avec des résultats divers. Il pense qu'on ne peut pas compter sûrement sur l'anésthésie par le courant galvanique.—M. Moreau a été témoin de succès obtenus par cette méthode. — M. Velpeau a fait, ainsi que M. Follin, des expériences pour les incisions et l'extraction des dents : ces deux savants chirurgiens pensent que le galvanisme n'abolit pas la douleur des opérations.

— *Emploi du galvanisme contre le mal de dents*, par M. Taylor (Gazette médicale de Lyon, p. 464). — Des douleurs dentaires atroces chez un homme ont été calmées instantanément, par l'application du fil conducteur. La dent était cariée. La guérison dure depuis cinq semaines.

— *De l'anésthésie locale produite pendant l'extraction des dents au moyen de la compression*, par M. S. Moreau (Gazette des hôpitaux, p. 338). — La compression est faite au devant du pavillon de l'oreille, au moyen d'un demi-cercle métallique (ressort anglais), passant derrière la tête et venant, avec les deux extrémités munies de pelotes, comprimer les points indiqués. — Le succès avait été complet dans plusieurs cas.

— *De l'anésthésie galvanique appliquée à l'avulsion des dents*,

par M. Vautier (Gazette des hôpitaux, p. 498). — Les expériences de l'auteur l'amènent à dire que ce procédé ne pourra jamais être utilement employé, et qu'il cause souvent deux douleurs au lieu d'une.

— *Anésthésie dentaire*, par M. George (Gazette des hôpitaux, p. 536). — Pour ce dentiste, l'insensibilité sera plus assurée dans les cas où la dent est plus saine, plus indolente, facile à saisir au davier, sans inflammation de la gencive. Il se sert de l'appareil de M. Duchenne. Le fauteuil sur lequel est assis le patient est disposé d'une manière particulière, qui facilite l'établissement des courants. — La douleur est toujours notablement diminuée, si l'anésthésie complète n'est pas obtenue.

— *Electricité appliquée à l'extraction des dents et aux opérations par l'instrument tranchant*, par M. Morel-Lavallée (Académie de médecine, 23 novembre). — On rapporte, dans cet article, plusieurs faits d'extraction de dents et d'opérations diverses entreprises avec le bistouri. On peut dire que l'anésthésie locale a toujours été obtenue, par les procédés ordinaires de l'emploi de l'électricité. On s'est servi de l'appareil de MM. Legendre et Morin.

— *Anésthésie faradique*, par M. Fonssagrives (Gazette des hôpitaux, p. 589). — Encouragé par les résultats obtenus par M. Morel-Lavallée, M. Fonssagrives a employé les mêmes moyens, et il a réussi dans des cas analogues. Il croit que les opérations de la petite chirurgie pourront être ainsi pratiquées.

— *Anésthésie galvanique* (Gazette hebdomadaire, p. 750). — M. Dechambre publie des extraits de différents journaux anglais. Les résultats publiés sont divers : l'anésthésie a été obtenue par les uns, tandis que d'autres praticiens n'ont rien observé de favorable. — La question n'est donc pas plus avancée en Angleterre qu'en France. En présence de faits contradictoires, nous ne pouvons qu'attendre de nouveaux éléments, pour porter un jugement.

MÉDECINE.

— ***De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gingivites chroniques, avec ou sans pyorrhée alvéolo-dentaire***, par M. Laborde (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 289). — Le médicament a été employé en gargarisme, à la dose de 4 à 8 grammes, pour 150 à 250 grammes d'eau. — Les observations recueillies par l'auteur, au nombre de neuf, l'amènent aux conclusions

suivantes : 1° Le chlorate de potasse possède une action curative dans la plupart des cas de gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire (presque toujours l'une se complique avec l'autre) ; — 2° les cas véritablement accessibles à cette action sont ceux qui se rattachent plus particulièrement à des influences pathogéniques générales ou diathésiques ; — 3° les cas rebelles semblent régis par une cause essentiellement locale (affection du tissu dentaire) ; — 4° l'efficacité du chlorate dans cette affection paraît résider spécialement, et presque exclusivement, dans son usage topique ; — 5° enfin, le nettoyage parfait et constant des dents en fait un des meilleurs dentifrices.

— *De l'emploi du chlorate de potasse comme moyen préservatif et curatif de la stomatite mercurielle*, par M. Laborde (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 11). — Cet important mémoire se termine par les propositions suivantes : I. Le chlorate de potasse exerce une action *curative* réelle sur la stomatite mercurielle. (Dans aucun des cas observés par nous, cette action n'a jamais fait défaut.) — II. Le chlorate de potasse possède, de plus, une action *préservatrice* ou *prophylactique* certaine, qui peut permettre pendant un ou deux mois l'administration du protoiodure de mercure aux doses de 15 et 20 centigrammes par jour, sans que le moindre accident se manifeste du côté de la cavité buccale. (La preuve que c'est bien au chlorate de potasse qu'une pareille impunité doit être attribuée, c'est que, immédiatement après la suppression de ce dernier, la stomatite mercurielle éclate.) — III. La durée du traitement de la stomatite confirmée varie avec le degré d'intensité de l'affection. Dans les cas d'intensité moyenne, cette durée n'a jamais dépassé quatre jours. Elle a été de onze dans un cas des plus graves. — IV. Dans presque tous les cas, les premières modifications se manifestent du deuxième au troisième jour. D'après nos observations, la série de ces modifications serait la suivante : 1° Diminution et disparition de la douleur. — 2° Diminution de la salivation et de la tuméfaction sous-maxillaire ou parotidienne, quand elles existent. — 3° En dernier lieu, et à peu près simultanément, disparition de la tuméfaction des gencives ; changement dans leur coloration, retour à la coloration normale ; enfin, disparition de l'ulcération, à moins que celle-ci ne préexiste à la stomatite, auquel cas le chlorate pris à l'intérieur paraît être inefficace. — V. L'élévation de la dose du médicament ne paraît pas exercer une influence très-notable sur la rapidité de la guérison, si ce n'est peut-être dans les cas très-intenses. Dans ceux de moyenne intensité, la dose de 4 à 5 grammes est suffisante. — VI. C'est le plus souvent à l'intérieur et en potion que le chlorate de potasse a été administré. Trois fois seulement il a été donné en simple solution dans l'eau ou la tisane. L'administration en julep

est de beaucoup préférable à toute autre. — VII. Administré en gargarismes, il n'est pas moins efficace ; mais, sous cette forme, il paraît mieux réussir que pris à l'intérieur, contre les accidents purement locaux, tels que tuméfaction du tissu gingival, coloration pathologique de celui-ci, ulcération, etc. — VIII. L'action qu'il exerce paraît être entièrement locale, et se comporter à l'égard des parties affectées comme celle des agents de médication substitutive. Mais c'est là une action substitutive spéciale, et en quelque sorte élective de l'inflammation mercurielle. L'élimination du chlorate de potasse par la salive explique la localisation de son action sur les parties buccales, dans le cas où il est administré à l'intérieur.

— *Chlorate de soude contre la stomatite mercurielle*, par M. Gamberini (Il Filiatre et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 128). — L'auteur préfère le chlorate de soude au chlorate de potasse, à cause de la saveur moins désagréable, à cause de la quantité plus faible que l'on peut administrer pour obtenir le même résultat, à cause, enfin, de la présence de la soude dans le corps humain et de l'absence de la potasse.

— *Gingivite ulcéreuse et pultacée*, par M. Rousse (Moniteur des hôpitaux, p. 970). — L'auteur décrit en quelques mots cette affection, qu'il a observée un grand nombre de fois. Elle est idiopathique et contagieuse ; elle peut amener de graves ravages dans la bouche. Elle n'est bien et rapidement guérie que par le perchlorure de fer.

— *De l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement de la gingivite ulcéreuse chez les enfants*, par M. Henriette (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 268). — L'auteur insiste sur la fréquence de cette maladie, les désordres qu'elle peut entraîner, et dit que le meilleur médicament pour la combattre est le chlorure de chaux. Il se sert de chlorure du commerce, qui n'est ni liquide, ni parfaitement sec ; il le porte sur la gencive, au moyen du doigt ou d'un tampon de charpie. Presque toujours, la stomatite cède dans les cinq premiers jours. — L'auteur paraît avoir obtenu de bons résultats de l'administration simultanée du chlorate de potasse à l'intérieur.

— *Glossite parenchymateuse mercurielle. — Imminence de suffocation. — Incisions larges et multiples. — Guérison*, par M. Hervieux (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 363). — Cette observation, résumée par son titre, est accompagnée de réflexions, qui ont pour but de démontrer que les incisions conviennent très-bien au traitement de la glossite mercurielle, quand elle s'accompagne d'accès de suffocation, et qu'elles doivent être préférées à la trachéotomie.

— *Acrinie salivaire*, par M. Sava (Il Filiatre Sebezio et Gazette médicale, p. 390). — Il est question d'un vieillard, dont la sé-

crétion salivaire s'est tarie. Il en est résulté une sécheresse et une acidité désagréables de la bouche et un goût acerbe des aliments. — Tous les traitements ont échoué.

— *Etudes sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet (oïdium albicans)*, par M. Gubler. — Rapport de M. Chatin (Académie de médecine, 16 février). —Voir, pour le travail original, l'*Annuaire*, t. Ier, p. 67).—Après avoir donné une analyse succincte du travail de M. Gubler, M. Chatin rend compte des recherches auxquelles a dû se livrer la Commission dans le but de contrôler les faits annoncés par l'auteur. La Commission s'est assurée que : 1° L'acidité buccale était constante chez les sujets atteints de muguet ; — 2° qu'elle précédait toujours l'apparition de l'*oïdium albicans* ; — 3° qu'il était possible de provoquer, par cette mucédinée, la fermentation acide dans une liqueur sucrée.

Discussion. — M. *Trousseau* dit que la cavité buccale peut être acide, sans qu'il se développe pour cela du muguet. Pour lui, la valeur pronostique du muguet est très-grande, puisque cette affection se montre très-souvent peu de temps avant la mort. Il semblerait devoir résulter de la notion de l'acidité buccale que le meilleur moyen pour combattre le muguet serait les alcalins, et cependant l'acide chlorhydrique et d'autres topiques sont préférables à la médication alcaline.— M. *Chatin* fait remarquer que, pour M. Gubler, la bouche présente de l'acidité toutes les fois qu'il y a muguet, ce qui ne veut pas dire que la bouche ne puisse être longtemps acide sans que le muguet survienne. La pensée de M. Gubler est que le muguet n'ajoute aucune gravité à la maladie qu'il vient compliquer. — L'efficacité de l'acide chlorhydrique n'infirme pas les déductions thérapeutiques de M. Gubler ; il est possible que les acides faibles de la bouche favorisent le développement du muguet, sans qu'il en soit de même des acides concentrés. — MM. *Cazeaux* et *Moreau* pensent qu'on a beaucoup exagéré la gravité du muguet dans le premier âge. — M. *Blache* distingue, à ce point de vue, le muguet simple de celui qui vient compliquer d'autres affections. Il préfère le borax aux autres topiques.

— *Dissertation sur les angines*, par M. Culbo (Thèses de Paris, n° 264). — L'auteur donne d'abord la définition et les signes des angines en général. Il les classe de la manière suivante : A. Angines traumatiques : traumatique, par action caustique, par irritation topique, *à frigore*, épidémique, contagieuse. — B. Secondaires : scarlatine et rougeole, fièvres continues et intermittentes, péripneumonie, phthisie pulmonaire, dyssenterie. — C. Symptomatiques : scarlatineuse, rubéolique, variolique, érysipélateuse, rhumatismale, arthritique, herpétique, périodique, syphilitique, scorbutique, scrofuleuse, diphthéritique. — Elles peuvent revêtir les formes érythémateuse, pultacée, pseudo-membraneuse,

ulcéreuse, gangréneuse, pustuleuse, aphtheuse, granuleuse, phlegmoneuse. On trouve ensuite quelques développements pour chacune de ces variétés.

— *Observations de pharyngite érysipélateuse propagée à la face par l'intermédiaire des oreilles*, par M. Dechambre (Gazette hebdomadaire, p. 850). — Avant de donner les détails de cette observation, M. Dechambre rappelle les travaux de plusieurs auteurs, établissant l'existence de l'érysipèle des muqueuses et son extension à la peau. — A une pharyngite a succédé de l'otalgie des deux côtés, puis la rougeur du pavillon des deux oreilles, rougeur qui s'est étendue à la face : les deux plaques érysipélateuses ont marché l'une vers l'autre, et ont mis trois jours à arriver au contact sur la ligne médiane.

— *Mémoire sur l'herpès guttural (angine couenneuse commune) et sur l'ophthalmie due à l'herpès de la conjonctive*, par M. Gubler (Union médicale, p. 6). — Ce mémoire est résumé par les conclusions suivantes : 1° L'angine couenneuse, dite commune, est une variété de l'angine vulgaire, *à frigore*, et prend place dans le groupe naturel des maladies qui dérivent de l'action du froid. — 2° La coïncidence fréquente de l'*herpès labialis*, souvent du même côté que l'angine, et la similitude incontestable des lésions de la bouche et de l'orifice guttural démontrent clairement la réalité de l'herpès sur les régions en apparence diphthériques. — 3° Mais l'herpès, comme tous les autres éléments anatomiques des affections tégumentaires, subit des modifications sur les membranes muqueuses. Les vésico-pustules qu'il constitue se décoiffent de leur épithélium et montrent à nu leur exsudat plastique ; en sorte que, lorsqu'elles deviennent confluentes, elles offrent une surface couenneuse plus ou moins large. — 4° L'aspect de cette surface est modifié, son étendue est augmentée par une sécrétion pseudo-membraneuse sans ulcération préalable qui s'étale sur les points limitrophes, c'est-à-dire sur l'auréole inflammatoire du groupe d'herpès. Cette circonstance indique chez les muqueuses une tendance très-marquée aux exsudations plastiques, et démontre que, sous ce rapport, elles sont intermédiaires entre les séreuses et la peau. — 5° La couche plastique de l'herpès guttural offre exactement la même composition chimique et microscopique que la pellicule du croup, le contagium qui accompagne celle-ci n'étant pas saisissable par nos moyens d'investigation les plus perfectionnés. Cette identité n'a rien qui doive surprendre ; car les symptômes ne sont jamais absolument pathognomoniques ; souvent, au contraire, les lésions sont communes à des maladies de nature diverse, et les causes seules peuvent être véritablement spécifiques. — 6° Malgré cette analogie de lésion avec l'angine diphthéritique maligne, et malgré quelques différences secondaires

par rapport à l'éruption cutanée, l'angine couenneuse commune n'est donc, en réalité, qu'un herpès de l'isthme du gosier, et mérite le nom d'*angine herpétique.* — 7° Il existe deux variétés de cette angine ; dans l'une, l'herpès est primitif et constitue la lésion unique ; dans l'autre, il succède à une amygdalite et se surajoute au phlegmon tonsillaire, en même temps qu'une éruption semblable couvre les lèvres. On pourrait nommer la première forme *angine d'herpès* (*angina ab herpete*), et la seconde *angine avec herpès* (*angina cum herpete*). — 8° Cette affection, bénigne de sa nature, peut, néanmoins, entraîner des conséquences sérieuses, en raison de son siége et de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation ; elle est à l'*herpes labialis* ce qu'est l'œdème érysipélateux de l'orifice supérieur du larynx à celui des paupières. — 9° L'*herpès guttural* ne réclame aucun traitement spécifique. Au début, une émission sanguine, locale ou générale, sera parfois nécessaire. Le plus souvent, on aura recours à un éméto-cathartique utile pour faire tomber l'appareil fébrile et commencer la résolution de l'engorgement inflammatoire. Alors les révulsifs cutanés rendront des services. Les autres indications à remplir sont : I. de calmer les douleurs causées par la déglutition à l'aide des narcotiques appliqués localement; II. de favoriser l'élimination des produits exsudés par des gargarismes légèrement détersifs et des boissons émollientes; III. d'entretenir la liberté du ventre par des lavements et de légers laxatifs; IV. de donner des aliments mous ou liquides; et, s'ils ne sont pris qu'en proportions insuffisantes, d'y suppléer par des lavements nutritifs, et de soutenir les forces par des toniques. — 10° Des considérations analogues aux précédentes s'appliquent à l'ophthalmie spéciale, due à la présence de groupes d'herpès sur la conjonctive oculo-palpébrale, affection dont un exemple se trouve consigné dans ce mémoire. — Le mémoire de M. Gubler a été lu à la Société médicale des hôpitaux ; il a été le point de départ d'une courte discussion. M. *Trousseau* a dit qu'il a toujours décrit l'angine herpétique, que ce n'est pas là une nouveauté ; il établit ensuite une distinction entre les angines couenneuses peu graves et les angines diphthéritiques très-graves. — M. *Hervieux* rapporte un fait analogue à ceux de M. Gubler.

— *De l'angine herpétique*, par M. Féron (Thèses de Paris, n° 219). — L'auteur, après l'historique de la question, définit l'*angine herpétique* une forme d'angine caractérisée anatomiquement par l'éruption sur les parois du pharynx d'un plus ou moins grand nombre de vésicules d'herpès, pouvant donner chacune naissance à une ulcération, ou bien à une exsudation plastique pseudo-membraneuse. — Elle est primitive ou secondaire ; se montre sous l'influence du froid, d'émotions morales,

d'émanations fétides; elle est épidémique; elle peut survenir dans le courant d'une autre maladie : elle coïncide fréquemment avec l'*herpes labialis*, et peut s'étendre aux muqueuses voisines. Par l'histoire des symptômes, M. Féron s'attache à différencier l'angine herpétique de l'angine diphthéritique, point fort important pour le traitement. L'angine herpétique guérit sans le secours de l'art, ou n'exige que l'emploi de légères émissions sanguines, de gargarismes astringents et d'un purgatif, s'il y a état saburral.

— *Erythème guttural dû à l'usage de l'huile de foie de morue*, par M. Gamberini (Gazette médicale de Lyon, p. 488). — Le journal de Lyon emprunte à un journal italien la description suivante : Rougeur obscure, étendue à toute la partie supérieure du pharynx, parfois au voile du palais et aux amygdales; veines capillaires gonflées : la surface rouge a un aspect tantôt lisse et brillant, tantôt rugueux, et comme papuleux et granuleux, qui ferait croire que l'épithélium a été détruit. Quelquefois il se produit une transsudation sanguine, accompagnée d'un sentiment d'ardeur au gosier et d'une toux irritative (deux phénomènes très-communs chez ceux qui usent de l'huile de foie de morue), et qui, lorsque le crachement de sang s'y joint, pourraient faire croire à une hémoptysie par cause tuberculeuse. Mais l'examen de l'arrière-bouche fait reconnaître la source du sang, et la disparition des symptômes après la cessation du remède achève d'éclairer le diagnostic. D'ailleurs, ce n'est qu'en suspendant la médication qu'on peut guérir cette sorte d'angine, qui se montre rebelle à tout autre traitement.

— *Angine pharyngienne; son traitement par l'aigremoine*, par M. Freitchmann (Echo médical, décembre). — L'angine pharyngée chronique cède facilement à l'usage d'un gargarisme fait avec 15 grammes d'aigremoine en décoction dans 350 grammes d'eau.

— *Epidémie d'angines couenneuses* (Gazette des hôpitaux, p. 141). — Dans cet article, il est question de plusieurs épidémies d'angines, qui ont régné en province. On insiste sur les bons effets obtenus au moyen des vomitifs, des caustiques et des toniques à l'intérieur.

— *De l'angine diphthéritique maligne*, par M. Paley (Thèses de Paris, nº 101).

— *De l'angine couenneuse*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 186). — Leçon de M. Bouchut sur un cas de véritable angine couenneuse. Le professeur prend pour exemple une malade de son service, qui a succombé à une infection diphthéritique. Il insiste sur le traitement qui consiste à détruire les fausses membranes par les moyens mécaniques ou chimiques, et à empêcher leur reproduction par des préparations controstimu-

lantes et antiplastiques dissolvantes de la fibrine. — M. Bouchut n'a jamais retiré de réels avantages de l'emploi du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse. — La glycérine, en gargarismes ou en lotions, a une action locale des plus énergiques.

— *Nouvelle méthode de traitement de l'angine couenneuse*, par M. Bouchut (Académie des sciences, 18 octobre). — 1° L'angine couenneuse est une maladie primitivement locale, susceptible de se généraliser en infectant l'organisme. — 2° L'angine couenneuse, à son début, peut être arrêtée dans sa marche progressive, envahissante, par l'ablation des amygdales, et cette méthode constitue un moyen préventif de croup. — 3° L'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse est absolument nécessaire, lorsque ces glandes sont assez fortement tuméfiées pour faire obstacle à l'hématose et lorsque le murmure vésiculaire respiratoire extrêmement affaibli se fait à peine entendre. — 4° Il n'y a pas lieu de craindre la reproduction de fausses membranes sur la plaie des amygdales, et la nature du mal ne contre-indique pas l'opération. — 5° Cette amputation n'amène pas d'hémorrhagie, et elle produit une petite saignée locale dont les résultats sont plus avantageux que nuisibles. — 6° La plaie des amygdales se guérit dans ce cas à la manière des plaies simples, après une suppuration de quelques jours. — 7° Pour réussir, cette méthode ne doit être employée que dans les cas où l'angine couenneuse existe seule et sans complication de fausses membranes dans le larynx.

— *Sur la nature de l'angine couenneuse*, par M. Duché (Gazette des hôpitaux, p. 531). — Chez les sujets qui contractent la diphthérite, il y a une infection primitive par les miasmes dégagés d'un foyer épidémique d'angines couenneuses, puis une période d'incubation, d'éruption, et enfin l'infection secondaire. M. Duché signale ces analogies de la diphthérite avec les fièvres éruptives, et met en doute l'efficacité de l'ablation des amygdales au début de la maladie.

— *Traitement préventif de l'angine couenneuse*, par M. Duché (Gazette des hôpitaux, p. 498). — L'auteur pense que l'oïdium et la diphthérite sont identiques; aussi, pour prévenir la production des angines couenneuses, il prescrit des pastilles contenant de 25 centigrammes à 2 ou 4 grammes de soufre, à prendre tous les jours. Il croit que d'autres substances toxiques auraient le même résultat. — Quand la maladie est déjà développée, l'emploi du soufre arrête son extension aux parties voisines.

— *De l'action topique du perchlorure de fer dans l'angine couenneuse*, par M. Gigot (Gazette des hôpitaux, p. 486). — L'auteur a d'abord étudié l'action du perchlorure de fer sur les productions diphthéritiques enlevées de la gorge des malades,

et il a constaté que la fausse membrane diminue de volume et est en quelque sorte momifiée. — Le perchlorure de fer, appliqué sur la muqueuse pharyngienne et les concrétions diphthéritiques au moyen d'une éponge, a donné des résultats que M. Gigot considère comme favorables et encourageants.

— *Pharyngite pseudo-membraneuse*, par M. Vigla (Union médicale, p. 450). — Relation d'une petite épidémie, observée par l'auteur à la maison de santé. L'affection s'est montrée avec une intensité différente chez les divers sujets : M. Guérard cite un cas analogue à ceux de M. Vigla.

— *Angine diphthéritique. — Eruption scarlatiniforme. — Emploi du chlorate de potasse*, par M. Bruchon (Besançon, imprimerie Jacquin ; in-8°, 8 pages).

— *Diphthérite généralisée*, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 216). — Sur la petite fille dont parle M. Millard, il y a eu développement de fausses membranes sur la peau, dans la bouche, sur la langue, dans le pharynx, l'œsophage, la trachée-artère et les bronches, et à la vulve.

— *Angine couenneuse compliquée de gangrène avec croup*, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 138). — Enfant de quatre ans, morte en trois jours. Tout le pharynx et le larynx sont recouverts de fausses membranes ; une des amygdales offre un aspect gangréneux, et la luette présente tous les caractères de la gangrène avancée.

— *Note sur l'angine gangréneuse*, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 165). — Dans ce mémoire plein d'intérêt, M. Millard s'est proposé d'apporter un exemple irrécusable d'angine gangréneuse primitive, et de confirmer quelques-unes des idées de M. Gubler (voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 94). Avant de donner les détails de son observation, M. Millard fait un court historique de la question, depuis les travaux de M. Bretonneau. — Dans l'observation, il s'agit d'une enfant habituellement bien portante, prise brusquement d'une angine avec gonflement ganglionnaire énorme, que l'on considère et traite comme diphthéritique. L'enfant meurt le sixième jour, et ne présente à l'autopsie qu'une mortification de l'isthme du gosier, sans la moindre fausse membrane. — On ne peut conserver aucun doute sur l'existence de la gangrène. — M. Millard s'attache ensuite à prouver que cette gangrène était bien primitive et insiste sur le gonflement des ganglions, qui n'a jamais été noté dans d'autres observations.— M. Axenfeld, dans un brillant rapport fait sur le travail de M. Millard, compare l'angine couenneuse à l'angine gangréneuse; il pense, avec M. Gubler, que ce sont deux formes de la même affection, l'angine maligne. Des observations nouvelles montreront que la gangrène de la gorge, qu'elle soit primitive ou non, ne doit pas être envisagée comme une anomalie.

— *De l'angine gangréneuse*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 170). — Dans cette leçon, M. Bouchut s'élève contre la confusion introduite dans la science par la simplification de M. Bretonneau. L'angine gangréneuse existe, et M. Bouchut en possède, en ce moment, quatre exemples dans son service. La chute de l'escarre s'accompagne d'une ulcération, *ulcère syriaque* des anciens. La malignité peut compliquer l'angine gangréneuse et en faire une affection très-grave. M. Bouchut insiste sur les avantages des gargarismes avec la glycérine.

— *De la paralysie du voile du palais*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 205). — M. Bouchut fait une leçon sur ce sujet, à propos d'une paralysie aiguë du voile du palais à la suite d'une angine couenneuse, chez une jeune fille qu'il a dans son service. Il insiste sur sa fréquence moindre chez les enfants que chez les adultes; sur les symptômes du côté de la phonation et de la déglutition; sur sa courte durée, sa guérison spontanée, ou par le contact de préparations ammoniacales, ou encore par l'électricité, en cas de persistance.

— *Sur un épiphénomène mortel de l'angine couenneuse*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 166). — M. Beau rapporte deux observations dans lesquelles on voit des adultes, dans la convalescence d'angines couenneuses, succomber rapidement avec les symptômes d'une concrétion fibrineuse du cœur. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, les signes ne laissent aucun doute sur l'existence d'un obstacle à la circulation, comme cause de mort.

— *Paralysie, suite d'angine couenneuse*, par M. Sellerier (Gazette hebdomadaire, p. 107). — Trois nouveaux cas de paralysie, suite d'angine couenneuse; bien que ces observations soient intéressantes, elles n'ajoutent rien à ce que nous savons.

— *Observation curieuse d'angine inflammatoire, jugée par une hémorrhagie critique*, par M. Pécholier (Revue thérapeutique du Midi, p. 23). — Cette observation est suivie de réflexions sur les crises. — Le malade était sous le coup d'une asphyxie imminente, lorsqu'une hémorrhagie, ayant pour siége la base de la luette, vint mettre fin aux accidents.

— *Angine scorbutique maligne*, par M. Paul (Bulletin de la Société anatomique, p. 225). — Jeune femme de vingt-trois ans, ayant des pétéchies, une augmentation du foie et de la rate, un peu d'œdème des membres inférieurs, sans ulcération des gencives. Angine durant depuis un mois, avec tuméfaction des ganglions. Les amygdales sont gonflées, recouvertes d'une couche noirâtre formant excavation par le gonflement des parties voisines et répandant une odeur infecte, analogue à celle de la gangrène. A l'autopsie, on a trouvé des ulcérations dans le pha-

rynx, avec un enduit épais. L'auteur l'attribue à des cautérisations, et ne croit pas qu'il y ait des escarres gangréneuses.

— *Lésion des nerfs du cou et de la moelle cervicale après l'angine diphthéritique*, par M. Gull (The Lancet, juillet, et Gazette médicale de Lyon, p. 312). — L'auteur parle de la propagation de la phlegmasie de la gorge aux nerfs de la région, ou même à la région cervicale de la moelle. Il rapporte deux observations, dans lesquelles il pense que les enfants ont succombé à cette extension de l'inflammation.

— *Inflammation sous muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx*, par M. Luton (Bulletin de la Société anatomique, p. 140). — M. Luton, sous ce titre, rapporte deux observations : 1° Chez une jeune femme, angine légère, qui s'exaspère et s'accompagne rapidement de gonflement du cou, de difficulté de la respiration et de la déglutition, d'expuition de crachats purulents et sanguinolents. La suffocation devient imminente : on pratique la trachéotomie; avant d'arriver à la trachée, l'opérateur rencontre deux couches de pus concret, dans une épaisseur considérable de tissus infiltrés. — Amélioration momentanée et mort. — A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente des couches celluleuses de la partie antérieure du cou, jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax ; une double pleurésie par continuité de tissu. Dans le pharynx et le larynx, ulcérations avec perte de substance de la muqueuse, résultant de petits abcès sous-muqueux; décollement de la muqueuse autour de l'ulcération. — 2° Homme de quarante-cinq ans, entré à l'hôpital avec une bronchite et une laryngite peu intenses. Quelques jours après, asphyxie; on constate l'existence des bourrelets aryténo-épiglottiques Trachéotomie. Mort quelques heures après. Infiltration purulente, comme lardacée, des replis aryténo-épiglottiques et de toute la face interne du larynx. Vésicule pustuleuse du pharynx; dans l'œsophage, perte de substance de la muqueuse, au niveau du cartilage cricoïde ossifié et nécrosé. Il y avait aussi nécrose des aryténoïdes, avec un foyer purulent tout autour.

— *Fausses membranes œsophagiennes*, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 90). — Cette fausse membrane a été rendue, à la suite d'efforts de vomissements, par une petite fille de cinq ans. Sa longueur est de 17 centimètres, et elle présente des plicatures longitudinales rappelant très-bien celles de l'œsophage lui-même.

— *Cas rare de paralysie pharyngienne; guérison à l'aide de la sonde œsophagienne*, par M. Rey (Union médicale de la Gironde). — La maladie a débuté brusquement sur un homme de cinquante-trois ans : impossibilité de la déglutition, voix nasonnée.— Emploi de la sonde œsophagienne pendant quarante jours; amélioration dès le début du traitement, puis guérison complète.

— *Spasme de l'œsophage traité avec succès par l'emploi topique de la teinture d'iode*, par M. Ancelon (Revue médicale, juin). — Dans un cas de laryngite chronique avec œsophagisme, M. Ancelon avait constaté que la teinture d'iode, employée contre la laryngite, avait promptement triomphé de l'affection œsophagienne. Il a essayé, dans un cas de spasme essentiel de l'œsophage, chez un enfant de treize ans, de combattre la perturbation de la déglutition par des applications de teinture d'iode portée dans le pharynx au moyen d'un pinceau. L'opération, répétée tous les jours, a fait disparaître, en moins de trois semaines, toute trace de cette infirmité.

— *Cathétérisme de l'œsophage contre les vomissements rebelles*, par M. Chaillou (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février). — Une jeune femme était réduite au dernier degré du marasme, par suite de vomissements qui duraient depuis cinq ans. M. Trousseau pratiqua le cathétérisme avec une baleine terminée par une boule ovoïde de cire à cacheter. Prés de l'orifice cardiaque, il sentit une résistance, qu'il surmonta facilement. La malade a été guérie en un mois par le cathétérisme répété tous les jours.

— *Paracentèse du thorax, pratiquée avec succès dans un cas de vomissements incoercibles*, par M. H. Roe (The Lancet, juillet). — Une jeune fille avait, depuis deux mois, un épanchement dans la plèvre gauche. Aux accidents de la pleurésie chronique vinrent se joindre des vomissements si fréquents, que la malade était menacée de mourir d'inanition. La thoracentèse fut pratiquée, tous les autres moyens de la thérapeutique ayant échoué. Évacuation de deux pintes de liquide ; cessation immédiate des vomissements ; guérison rapide.

— *Vomissements bilieux opiniâtres*, par M. Caron (Gazette des hôpitaux, p. 419). — M. Caron cite plusieurs cas de vomissements bilieux, qu'il a observés en ville. Deux fois, ces vomissements tenaient à l'hystérie. Il s'est bien trouvé de l'application de cataplasmes froids sur la région hépatique, dans les cas de calculs biliaires. — Cette communication est suivie d'une courte discussion, à la Société de médecine pratique.

— *Considérations sur les maladies de l'estomac*, par G. Thomas (Thèses de Paris, n° 246).

— *De la dyspepsie*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 17). — Dans cette leçon. M. Trousseau explique les raisons pour lesquelles les dyspepsies, étant dues à des causes différentes, doivent être traitées par des moyens différents. Il insiste sur quelques dyspepsies symptomatiques de lésions d'organes voisins et éloignés, en montrant les rapports qui existent entre l'estomac et ces organes, et recommande de ne pas négliger, dans ces cas, le traitement de la cause première de la dyspepsie.

— *Note sur l'emploi de l'acide chlorhydrique dans les dyspepsies*, par M. Caron (Gazette des hôpitaux, p. 254). — Dans cet article, l'auteur rappelle une leçon de M. Trousseau faite sur ce sujet; il donne de grands éloges au professeur, mais lui reproche de n'avoir pas parlé des travaux de ses devanciers, et il cite une assez longue liste d'auteurs qui ont employé avec succès cette médication.

— *Observations de névroses de l'estomac traitées avec succès par les courants électriques*, par M. Oré (Journal de médecine de Bordeaux; impr. Gounouilhou, in-8°, 4 pag.) — Dyspepsies chroniques, avec troubles considérables des fonctions digestives. — Application des deux pôles d'une pile sur l'épigastre. Guérison en quelques séances.

— *De la dyspepsie*, par Briand du Rocher (Thèses de Paris, n° 106).

— *Dyspepsie.— Cause morale*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 458). — On trouve reproduites en quelques lignes les idées bien connues de M. Beau sur la dyspepsie. —Dans cette observation, il s'agit d'un jeune homme dont la dyspepsie (avec tous les signes que M. Beau recherche avec tant de soin) a résisté à différentes médications. Le malade se porte mieux; l'honneur de cette cure doit revenir à l'éloignement des peines morales.

— *De la digestion artificielle (pepsine) dans le traitement de la dyspepsie et de l'apepsie*, par M. Ballard (Gazette des hôpitaux, p. 369). — Toutes ces considérations se rapprochent beaucoup des idées émises par M. Corvisart, et les observations les confirment.

— *Embarras gastrique; troubles cérébraux sympathiques graves; guérison*, par M. Foucart (Gazette des hôpitaux, p. 559). — Troubles cérébraux très-alarmants, qui se sont rapidement dissipés sous l'influence d'un vomitif.

— *Recherches sur quelques points de l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac*, par M. Luton (Recueil des travaux de la Société médicale d'observation). — Cet excellent mémoire est divisé en deux parties. Dans la première, M. Luton relate un fait qu'il a observé, et d'autres exemples qui n'ont pas été publiés. En second lieu, l'auteur étudie d'une manière générale: 1° le mode de cicatrisation des solutions de continuité des parois stomacales; 2° le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac aux diverses périodes de son évolution; 3° les causes et la nature de cette affection. — Si l'ulcère de l'estomac produit la mort, surtout par perforation spontanée et gastrorrhagie foudroyante, il est avéré aussi qu'il peut guérir; il se fait alors une cicatrice, qui peut se rompre, s'ulcérer de nouveau ou amener, en se rétractant, des déformations remarquables de l'estomac et des ré-

trécissements de ses orifices. M. Luton examine successivement le mode de formation de la cicatrice et les accidents qu'elle occasionne, en citant de nombreuses observations. — Le point de départ de l'affection ulcéreuse de l'estomac est multiple; mais consécutivement ses manifestations deviennent assez uniformes pour qu'on ait été autorisé, jusqu'à un certain point, à en faire une sorte d'unité morbide. — Il faut distinguer, dans l'affection ulcéreuse de l'estomac, deux périodes tout à fait distinctes. — Dans une première période, l'intégrité des parois stomacales est compromise par l'une des causes énumérées plus haut, et souvent cette cause peut être bien appréciée dans son effet. — Une fois cette espèce d'effraction accomplie, commence la seconde période ou celle d'ulcération proprement dite; et maintenant, pour expliquer ce qui se passe, on peut s'en tenir à l'excellente définition de l'ulcère donnée par Boyer; seulement, dans ce cas, la cause interne est ou mal connue ou tout à fait secondaire. Quant au vice local, il est évident et d'une puissance incontestable: c'est le suc gastrique, ce sont toutes les substances irritantes introduites dans l'estomac à titre d'aliments ou de boissons. — Dès lors, on voit la perte de substance aller en s'accroissant, s'étendre en largeur et en profondeur; puis le mal perfore les parois stomacales, détruit des artères, se creuse des foyers dans les organes parenchymateux voisins, établit des fistules, etc., jusqu'à ce que la mort survienne ou qu'une circonstance heureuse arrête les progrès de la maladie et favorise la cicatrisation de l'ulcère. Cet événement favorable dépend ou de l'interposition d'un bouchon de mucus entre la cavité de l'estomac et la surface ulcérée, ou de la génération active des éléments fibro-plastiques, ou d'une diète longtemps prolongée, ou d'un régime très-doux, comme l'alimentation lactée, ou de l'administration d'une poudre absorbante, comme le sous-nitrate de bismuth.

— *Ulcère simple de l'estomac*, par M. Luton (Bulletin de la Société anatomique, p. 338). — M. Luton montre un ulcère simple de l'estomac ayant amené la mort subitement, par suite d'une hémorragie résultant de l'ulcération de l'artère splénique, chez un jeune étudiant.

— *Perforation considérable de l'estomac*, par M. Doyen (Bulletin de la Société anatomique, p. 95). — Une jeune femme est morte avec tous les signes d'un cancer de l'estomac, sauf l'absence de tumeur. A l'autopsie, on a trouvé une perforation de l'estomac, ayant 8 centimètres dans un sens et 5 centimètres dans l'autre. Cette perte de substance, siégeant sur la face postérieure de l'organe, était comblée par le tissu du foie et du pancréas. L'adhérence était telle, que les matières stomacales ne pouvaient s'épancher dans le péritoine. Il y avait des ulcérations dans l'intestin grêle et dans le rectum.

— *Hypertrophie des parois de l'estomac, du cœcum et du gros intestin ; gangrène pulmonaire*, par M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 250). — On voit, dans cette intéressante observation, un homme de quarante ans succomber dans le dernier degré du marasme, après avoir présenté les troubles digestifs les plus graves. A l'autopsie, on a trouvé, entre autres lésions, une hypertrophie concentrique des parois de l'estomac, sans aucune trace d'inflammation ancienne ou récente.

— *Estomac dont les parois sont très-hypertrophiées*, par M. Fauvel (Bulletin de la Société anatomique, p. 224). — L'hypertrophie est considérable, surtout au voisinage du pylore; la muqueuse est ulcérée en divers points. Accidents syphilitiques ?

— *Hématémèse de cause mécanique, datant de vingt jours. — Traitement infructueux. — Guérison rapide par le perchlorure de fer*, par M. Trousseau (Bulletin de thérapeutique, t. LV, p. 274). — Le perchlorure de fer est un médicament précieux, et, quand il peut arriver au contact des parties malades, il ajoute une action astringente à l'action tonique reconstituante, qui lui est commune avec tous les ferrugineux. — Une femme reçoit à la région épigastrique un coup de timon de voiture; pendant vingt jours, elle vomit un sang noir mêlé de caillots ; l'appétit est complétement aboli. — La ratanhia, la glace, l'eau de Rabel échouent. Dès le premier jour de l'administration du perchlorure de fer (1 gramme dans une potion gommeuse), tout vomissement cesse brusquement pour ne plus reparaître ensuite; l'appétit revient, et la guérison est complète en sept jours.

— *De l'entérite chronique chez les adultes*, par M. Bussand (Thèses de Paris, n° 262).

— *Emploi de la strychnine contre la diarrhée chronique*, par M. Dahl (The Lancet, Revue étrangère, p. 189). — Diarrhée séreuse chronique avec amaigrissement. M. Dahl considère cette diarrhée comme tenant à une paralysie intestinale ; il administre la strychnine et guérit le malade.

— *Traitement de la diarrhée par la poudre de Dower*, par M. Marckhand (Medical Times et Gazette médicale de Lyon, p. 378). — Dose de 5 grains dans une cuillerée à café d'eau de gruau, après chaque évacuation alvine. Traitement très-efficace.

— *Etranglement intestinal*, par M. Richart (Revue de thérapeutique, octobre). — L'auteur a obtenu de bons résultats de l'emploi de lavements, dans lesquels il met différentes substances, dont quelques-unes sont purgatives.

— *De la colique nerveuse et de quelques autres maladies assez fréquentes*, par M. Berville (Gazette des hôpitaux, p. 147). — M. Berville dit quelques mots de la colique nerveuse observée au Sénégal. Parmi les peuples sédentaires, les affections les plus

communes sont celles de la peau, du tissu cellulaire, des parties génitales ou des yeux.

— *Observation d'obstruction intestinale, attribuée à un étranglement interne. — Anus artificiel. — Mort. — Autopsie*, par M. Fauvel (Bulletin de la Société anatomique, p. 181). — Femme de quarante-huit ans ; constipation opiniâtre; signes d'un arrêt des matières fécales ; on pratique l'opération de l'anus artificiel, un peu au-dessus du pli de l'aine du côté droit. — Mort, plusieurs jours après. — Pas de péritonite. — Tout le côlon, à partir du rectum intact, était altéré; les parois étaient très-épaissies. — M. Fauvel pense qu'on a eu affaire à un cancer ; M. Houel croit qu'il s'agit d'un rétrécissement fibreux.

— *Ponction à travers les parois abdominales pour une obstruction intestinale*, par M. Cooper (British med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 104). — Succès par une simple ponction abdominale, dans un cas très-grave ; la ponction a été faite avec un trocart à large canule, dans le point le plus saillant de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic. Il est resté un anus contre nature, avec lequel la patiente se porte à merveille depuis treize mois. — Pas de fèces par l'anus normal.

— *Etranglement interne; tumeur kystique adhérente à plusieurs anses du jéjunum*, par M. Ball (Bulletin de la Société anatomique, 1857, p. 400). — L'étranglement était produit par l'adhérence de l'intestin à une tumeur, qui avait les apparences d'un kyste hématique ou d'un kyste hydatique.

— *Occlusion intestinale, produite par une constipation opiniâtre*, par M. Devay (Gazette des hôpitaux, p. 418). — Accidents très-graves, qui ne cèdent qu'à l'expulsion de matières fécales durcies.

— *Engouement intestinal. Mercure métallique, lavements avec l'irrigateur Eguisier*, par M. Ferrand (Journal de médecine de Bordeaux). — Phénomènes de la dernière période de l'étranglement interne. — Administration de 80 grammes de mercure métallique et de lavements poussés avec force. Selles copieuses ; guérison.

— *Occlusion intestinale mortelle, produite par un calcul biliaire*, par M. Neill (Liverpool med. chir. Journ., janv., et Archives générales de médecine, mars, p. 360). — Accidents de colique hépatite ; plus tard, et à différentes reprises, d'occlusion intestinale. L'auteur a trouvé un calcul biliaire entouré de matières fécales endurcies ; il pense que les accidents se montraient toutes les fois que le calcul se mettait en contact avec la valvule iléo-cœcale, qu'il obturait sans pouvoir la franchir.

— *Iléus*, par M. Secretain (Moniteur des hôpitaux, p. 35). — Le travail de l'auteur contient vingt-cinq cas d'iléus, guéris par les douches ascendantes froides et l'extrait de belladone. — Un

pareil résultat est assez surprenant; nous ne trouvons les détails que d'une seule observation.

— *De l'étranglement interne, au point de vue du diagnostic et du traitement*, par M. Bayon (Thèses de Paris, n° 28).

— *Etranglement interne; anus contre nature. — Guérison*, par M. de Guindrecourt (Gazette médicale de l'Algérie, 25 juin). — Signes d'étranglement interne, qui disparaissent sous l'influence d'un traitement assez insignifiant. — Abcès et formation spontanée d'un anus contre nature, avec gangrène d'une grande partie de la peau. — Guérison spontanée de la plaie et de l'anus contre nature.

— *Iléus*, par M. Machelard (Union médicale, p. 600). — La malade est morte après avoir présenté les signes d'un arrêt des matières intestinales; le traitement par la glace, institué par le médecin, n'a pas été exécuté. En l'absence de l'autopsie, il est dfficile de dire à quoi tenait cet iléus.

— *Perforation de l'intestin par ulcération tuberculeuse*, par M. Labbé (Bulletin de la Société anatomique, p. 365, 1857). — Mort par péritonite. — Un seul point de l'intestin était envahi par la matière tuberculeuse; c'est là que s'est faite la perforation.

— *Perforation de l'appendice iléo-cœcal*, par M. Campana (Bulletin de la Société anatomique, p. 385). — Dans ce cas, on n'a pas trouvé de corps étranger comme cause de la perforation. Il s'engage, à ce propos, une discussion dans laquelle M. Barth rappelle la rareté des péritonites spontanées. — M. Lebert a été témoin de plusieurs faits semblables; il se demande s'il n'y aurait pas une inflammation spécifique de l'appendice, ulcérant d'abord la muqueuse, puis successivement les autres tuniques.

— *Cas remarquable d'élimination d'une partie de l'intestin*, par M. Fuckel (Gazette hebdomadaire, p 284). — A la suite d'un effort, une femme de quarante-huit ans eut des selles nombreuses, des vomissements bilieux, etc. Plusieurs jours après, il se forma dans le flanc gauche une tumeur profonde, peu douloureuse, lisse, sonore; enfin, la malade rendit un corps volumineux, dans lequel il était facile de reconnaître une portion d'intestin. Elle était gangrenée et formée de deux parties adhérentes par leur face péritonéale, appartenant l'une à l'intestin grêle, l'autre au gros intestin, ce qu'il était facile de reconnaître par la structure de la muqueuse. — A partir de cette époque, l'état de la malade s'améliora rapidement; la guérison a été obtenue, mais certaines matières sont rendues par l'anus sans être altérées. — L'auteur pense, d'après les phénomènes observés, qu'il y avait adhérence de l'intestin grêle avec le gros intestin; que, sous l'influence de l'effort, il y a eu hernie dans le gros intestin,

puis arrêt incomplet des matières intestinales et gangrène de la portion herniée.

— *Ulcérations du gros intestin, dans le cours d'une variole*, par M. Jaccoud (Bulletin de la Société anatomique, p. 151). — Femme de trente-huit ans, affectée de variole. Au moment de la suppuration, les pustules s'affaissèrent et disparurent. La malade fut prise d'une diarrhée que rien ne put arrêter, et succomba. A l'autopsie, on a trouvé dans le cœcum et le côlon des pustules de 8 à 10 millimètres de diamètre, plus ou moins profondes, disposées symétriquement sur trois bandes parallèles, qui répondent, sur tout leur trajet, aux trois bandes musculaires longitudinales du côlon ; dans les points intermédiaires, la muqueuse est intacte.

— *Des coliques sèches des pays chauds*, par C. Touzé (Thèses de Paris, n° 55).

— *Quelques réflexions sur la colique sèche*, par Emile Péron (Thèses de Paris, n° 113).

— *Epidémie de dysentérie dans le canton de Pont-Aven (Finistère)*, par M. Gestin (Archives générales de médecine ; juillet, p. 5). — L'auteur décrit avec soin les conditions du pays dans lequel il a observé. La dysentérie a été plus ou moins grave ; elle a souvent été compliquée de fièvres intermittentes et rémittentes. Le sulfate de soude a formé la base du traitement employé avec succès par M. Gestin.

— *De la dysentérie des pays chauds*, par M. Besnier (Union médicale, p. 410). — Rapport de M. Besnier sur la thèse de M. Simonot. Le rapporteur fait ressortir les qualités du travail qu'il analyse. On voit dans cette thèse que la médication vomitive est celle qui jouit de la plus grande faveur aux colonies, et que l'ipéca, considéré comme spécifique de la dyssenterie, est à peu près le seul vomitif employé. Le moment le plus favorable pour son administration paraît être dès le début, aussitôt que les premiers symptômes ont été atténués par les antiphlogistiques, les émollients et l'opium, et avant que les ulcérations intestinales aient eu le temps de se développer.

— *De la dysentérie épidémique et de son traitement*, par M. Piedvache (Académie de médecine, 16 février). — Après avoir rappelé les principaux traits des épidémies qu'il a observées, l'auteur entre dans des détails assez étendus sur la thérapeutique de cette affection. Il résulte de son expérience que les antiphlogistiques et les opiacés ne réussissent jamais à faire avorter la dysenterie ; que les purgatifs, au contraire, enrayent souvent la marche de la maladie, surtout quand ils sont administrés au début ; que les lavements avec l'acétate de plomb et l'alun ont une action réelle et puissante ; que l'emploi simultané des pur-

gatifs et des lavements substitutifs constitue véritablement une méthode abortive.

— *Histoire d'une épidémie de dysentérie observée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux*, par M. Silvestre (Union médicale, p. 481, et Paris, imprimerie Malteste ; in-8°, 38 pages). — Voici le résumé de ce mémoire : 1° Il s'est développé une épidémie de dysentérie dans l'une des salles de M. Pidoux, à l'hôpital Lariboisière. — 2° Elle a duré quatre mois. — 3° Elle est venue du dehors et s'est perpétuée au dedans par la *contagion*. — 4° Elle a atteint dix-neuf malades, *le plus souvent ceux qui se trouvaient couchés dans des lits précédemment occupés par des dysentériques*. — 5° De ces dix-neuf malades, neuf ont succombé ; quelques-uns à la suite d'accidents survenus dans le cours de la maladie (hémorragie, péritonite), la plupart par les seuls progrès de la maladie. Ceux qui ont guéri ont eu à traverser une convalescence longue, difficile, sans cesse interrompue par la diarrhée, des coliques, le ténesme même. — 6° Plusieurs médicaments ont été employés pour ainsi dire sans succès ; ceux que nous avons indiqués plus haut produisirent quelque amélioration, lorsqu'on y eut recours dès le début de la maladie ; mais à une période plus avancée, le mal fit toujours des progrès, quelle que fût la médication employée. — Le travail de M. Silvestre se termine par une note de M. Pidoux sur la mort par l'intestin.

— *De la dysentérie typhoïde*, par M. Colson (Gazette des hôpitaux, p. 26). — Relation d'une petite épidémie qui a régné à Cayenne. L'auteur a trouvé des lésions des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, en même temps que des ulcérations dans le gros intestin.

— *Traitement de la dysentérie par l'ipécacuanha à haute dose*, par M. Docker (The Lancet et Gazette médicale de Lyon, p. 332). — Dose de 1 à 4 grammes. — L'auteur s'attache surtout à faire supporter le médicament ; pour cela on administrera des opiacés, des sinapismes à la région épigastrique. Cette médication, d'après M. Docker, agit toujours et rapidement : les malades n'ont plus ni selles ni ténesme. Quand une dose considérable a été prise, il faut attendre de dix à douze heures avant d'en administrer une seconde.

— *Traitement de la dysentérie par le mercure*, par M. Truly (Gazette médicale de Lyon, p. 41). — Bons effets obtenus, au Texas, dans une épidémie de dysentérie, de l'administration du mercure à l'état métallique (pilules bleues). Dose de 150 grains de masse pilulaire en trente-six heures, jusqu'à effet purgatif énergique.

— *Dysentérie traitée par le guarana à petites doses*, par M. Gintrac (Journal de médecine de Bordeaux, janvier). — La dysentérie était très-intense et durait depuis plusieurs jours, malgré l'ad-

ministration des émollients et des astringents. Le guarana fut prescrit, 45 centigrammes en trois pilules, et continué à 60 centigrammes. — Guérison rapide.

—*Observations sur les accidents causés par la rétention des matières fécales dans le gros intestin, le cœcum en particulier*, par M. Boys de Loury (Gazette hebdomadaire, p. 490). — Résumé : 1° La rétention des matières fécales dans la totalité du gros intestin est une affection plus fréquente qu'on ne le croit ordinairement. — 2° De toutes les parties du gros intestin, c'est le cœcum qui est le plus habituellement compromis par cette affection. — 3° Le cœcum ainsi rempli de fèces peut être pris pour un kyste, une tumeur de l'ovaire ou un abcès de la fosse iliaque. — 4° Un signe caractéristique, qui n'avait pas encore été indiqué, est un sentiment douloureux qui paraît décrire toute l'étendue du gros intestin, et qui se manifeste principalement en opérant une pression sur la région du cœcum. — 5° L'entérite aiguë, occasionnée par la rétention des fèces, peut déterminer la mort par l'inflammation violente qui s'empare de la muqueuse, par la péritonite qui peut en être la suite, et enfin par la perforation des intestins. — 6° La rétention prolongée des matières fécales peut occasionner des accidents de nature typhique par l'absorption des miasmes qu'exhalent ces matières. — 7° Pour prévenir la constipation, il faut obtenir la régularité dans l'acte de la défécation. — 8° Lorsque les accidents inflammatoires sont dissipés, un des meilleurs moyens, pour rendre à l'intestin l'énergie de ses contractions, est la douche ascendante.

— *Des moyens de prévenir la constipation*, par M. Phœbus (Prag. Vierteljahr et Revue étrangère, p. 5). — S'il est nécessaire de provoquer une selle, le patient doit se livrer à une espèce de gymnastique qui consiste en efforts successifs du rectum comme ceux qui déterminent l'évacuation même et en mettant en jeu en même temps les muscles abdominaux. Plusieurs de ces efforts doivent être répétés et continués pendant un quart d'heure et plus s'il est nécessaire. Lorsque l'évacuation a commencé, mais n'est pas complète, il faut persister jusqu'à ce qu'elle ait produit tous les résultats. — Dans l'espace de quatre à huit semaines on peut, assure-t-il, obtenir un tel pouvoir sur l'action des intestins, sans même s'astreindre à éveiller chaque fois cette action à la même heure, qu'il est presque toujours possible d'y réussir une fois dans les vingt-quatre heures.

— *De la constipation idiopathique*, par J. Piquart (Thèse de Paris, n° 135).

—*Du foie, ses maladies, ses troubles fonctionnels, et traitement du diabète par les eaux de Vichy*, par M. Chopard (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-12, t. VIII, 95 pages).

—*Note sur un cas de kystes hydatiques multiples*, par MM. Char-

cot et Davaine (Société de biologie et Gazette médicale de Paris, p. 67). — Une observation ainsi résumée : kystes hydatiques multiples du foie; cristaux d'hématoïdine dans la cavité même des hydatides, et coloration toute particulière des corpuscules calcaires des échinocoques ; nombreux kystes hydatiques situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et dont quelques-uns, appendus au péritoine par un long pédicule, ne contenaient aucun vestige d'échinocoques; kyste hydatique du petit bassin. — Remarques sur la présence de l'hématoïdine dans une cavité close, fait déjà observé, et sur l'absence d'échinocoques dans les hydatiques à pédicule; dans ce dernier cas, d'après les auteurs, le kyste n'a pas assez de vitalité pour que l'échinocoque puisse se développer; mais il n'y a pas lieu de considérer ces hydatides comme différant des autres. Le pédicule peut se rompre et le kyste tomber dans le péritoine et simuler une hydatide des membranes séreuses, si on oubliait que les hydatides des séreuses n'ont jamais été rencontrées dans le péritoine et qu'elles y sont libres, sans enveloppe kystique. Il serait également facile de distinguer ces hydatides à pédicule rompu des hydatides qui viennent dans la cavité péritonéale, à la suite de la rupture d'un kyste voisin.

— *Kyste hydatique du foie*, par M. Genouville (Bulletin de la Société anatomique, p. 92). — Kyste dans l'épaisseur du foie, trouvé à l'autopsie chez un homme mort de pleuro-pneumonie. L'examen microscopique a montré dans ce kyste des membranes amorphes et finement granuleuses, de la cholésterine, des globules graisseux et des crochets particuliers, que l'on rencontre dans les échinocoques.

—*Kyste hydatique du foie*, par M. Sirdey (Bulletin de la Société anatomique, p. 230). — Kyste du foie ; ponction, mort rapide par péritonite. A l'autopsie, pas de trace, sur le kyste, de la ponction.—Le foie est détruit et converti en une sorte de coque blanche fibro-cartilagineuse.

—*Note sur cinq cas de dégénérescence cireuse du foie*, par M. A. Fournier (Bulletin de la Société anatomique, 1857, p. 396). — M. A. Fournier rapporte cinq observations de dégénérescence cireuse du foie. — Un examen comparatif de ces faits montre : 1° que la dégénérescence cireuse du foie a toujours coïncidé avec des *altérations osseuses en voie de suppuration* (ostéite, tubercules des os) ; — 2° qu'elle s'est toujours montrée sur des sujets *scrofuleux ;* — 3° qu'elle a coïncidé plusieurs fois : I. avec une *dégénérescence analogue des reins*, et que cette dernière lésion s'est toujours accompagnée d'albuminurie; II. avec une altération spéciale de la rate, consistant en une sorte d'*induration fibreuse* de l'organe ; — 4° qu'une seule fois sur cinq cas, elle a coïncidé avec la tuberculisation pulmonaire; — 5° enfin, il ne paraît

guère probable que cette dégénérescence spéciale du foie soit due, comme quelques personnes ont paru le croire, à l'usage immodéré de l'huile de foie de morue.

— *Foie atrophié, graissant le scalpel, ayant les apparences du foie gras, dont la trame celluleuse ne semble pas hypertrophiée*, par M. Second-Féréol (Bulletin de la Société anatomique, p. 364, 1857).

— *Cas d'atrophie jaune aiguë du foie, compliqué d'une altération des reins*, par M. Forster (Gazette hebdomadaire, p. 84). — Jeune femme; ictère léger; au bout de quatorze jours il devient plus intense, et la malade meurt trois semaines après le début, dans un état typhoïde très-prononcé, avec délire et mouvement fébrile très-intense. Cellules hépatiques altérées, infiltrées de graisse. Reins congestionnés et présentant à la coupe une teinte ictérique.

— *Note sur un cas d'atrophie jaune du foie sans ictère*, par M. Fritz (Gazette médicale, p. 328). — M. Fritz, en faisant l'autopsie d'un enfant mort avec de l'anasarque, a constaté dans le foie toutes les lésions décrites dans l'atrophie jaune, et cependant il n'y avait pas d'ictère. Il pense que l'enfant a succombé au début de l'affection, alors qu'une petite partie seulement du foie était envahie, ce qui suffit pour expliquer l'absence de l'ictère. On a pu constater les lésions qui précèdent l'état d'atrophie achevée : c'est manifestement par une hypérhémie considérable que débutaient ces lésions. Il y avait une transition si insensible des parties simplement hypérhémiées à celles où il y avait hypérhémie et infiltration graisseuse des cellules, et de celles-ci aux points où existait cette infiltration sans hypérhémie, puis enfin aux parties où les cellules étaient détruites, qu'il était impossible de ne pas voir là les phases successives d'un même processus pathologique.

— *Atrophie jaune aiguë du foie, avec ictère grave*, par M. Bamberger (Gazette hebdomadaire, p. 500). — Jeune femme affaiblie; ictère; mort avec le délire alternant avec du coma. Une partie des cellules hépatiques étaient détruites et remplacées par des granulations graisseuses et pigmentaires. — Analyse chimique des liquides pour rechercher la leucine et la tyrosine, qui ont été trouvées très-abondantes dans le foie. M. Bamberger pense que les cellules ont été détruites par une inflammation parenchymateuse aiguë.

— *Atrophie jaune aiguë du foie et ictère grave*, par M. Muhlig (Gazette médicale d'Orient, mars). — Jeune accouchée, ictérique depuis un mois. Trois jours après l'accouchement, qui fut heureux, elle fut prise de délire et mourut avec du coma; à l'autopsie, on ne put constater la présence d'aucune cellule hépatique conservée; on n'apercevait qu'un détritus moléculaire, jaunâtre, uniforme, et quelques gouttelettes graisseuses.

—*Ictère malin coïncidant avec des chancres des petites lèvres.— Ramollissement bilieux aigu du foie*, par M. Second-Féréol (Bulletin de la Société anatomique, p. 99).—On voit, dans cette observation pleine d'intérêt, un ictère d'abord léger prendre une intensité de plus en plus grave, après cinq semaines, et la malade mourir avec des phénomènes ataxo-adynamiques. L'autopsie prouve que les symptômes cérébraux, en l'absence d'une lésion locale bien manifeste, doivent être rapportés à une cause générale, à un empoisonnement de l'économie tout entière. — Le foie présente un ramollissement jaune, de nuance variable. Au microscope, on ne retrouve plus de cellules d'enchyme entières ; on ne voit que des granulations moléculaires, des globules graisseux, des cellules d'épithélium prismatique. — Dans les réflexions qui suivent, M. Féréol dit que, pour M. Gubler, l'atrophie jaune aiguë serait mieux appelée *ramollissement bilieux aigu*, parce que l'atrophie du foie n'est pas constante. — Quel rôle ont joué les accidents syphilitiques notés chez la malade? M. Féréol reste dans le doute, donnant des raisons pour et contre l'influence qu'a pu exercer la syphilis, dans ce cas particulier.

—*Nouveau cas d'ictère grave*, par M. Barthe (Gazette des hôpitaux, p. 589). — Ictère d'abord léger, puis teinte ictérique très-prononcée, avec prostration très-considérable, stupeur, coma. — Mort. — Autopsie : foie atrophié, ramollissement, coloration jaune et verte; il n'est pas fait mention de l'examen microscopique. — L'auteur pense que, d'après les symptômes, l'ictère malin doit être considéré comme un empoisonnement ; — Que la destruction des cellules hépatiques est constante ; — Qu'il y a d'abord ramollissement rouge, puis imbibition de la matière colorante de la bile, et enfin transformation complète. — On a trouvé des altérations des reins, des poumons, etc.; il faut en tenir compte dans l'appréciation des symptômes.

— *Abcès de foie latent. — Péritonite partielle. — Phlébite des veines sus-hépatiques.—Infection purulente, mortelle en vingt-six heures. — Diagnostic post mortem*, par M. Delacour (Gazette des hôpitaux, p. 447).

—*Ictère ; abcès multiples enkystés du poumon, sans symptômes révélateurs pendant la vie*, par M. Quinart (Archives belges de médecine militaire et Gazette hebdomadaire, p. 405). — Cette observation est surtout intéressante par l'absence des phénomènes du côté des poumons.

— *Cancer du foie en voie de transformation graisseuse*, par M. Blachez (Bulletin de la Société anatomique, p. 362, 1857).

— *Cirrhose hypertrophique du foie*, par M. Genouville (Bulletin de la Société anatomique, p. 208). — Troubles digestifs chez un homme de vingt-cinq ans, habituellement bien portant. — Hématémèse. — Ascite. — Diarrhée. — Mort.— A l'autopsie, on trouve

le foie pesant 3,600 grammes, de couleur gris jaunâtre, légèrement mamelonné, dur, résistant sous le scalpel. Les cellules hépatiques sont remplies de globules graisseux; il existe des globules libres et des éléments du tissu fibro-plastique. — M. Genouville a noté une légère teinte ictérique; M. Blondeau a observé l'ictère dans deux autres cas de cirrhose hypertrophique.

— *Cirrhose*, par M. Legroux (Union médicale, p. 515).—M. Legroux présente à la Société médicale des hôpitaux un foie cirrhosé, sur lequel il fait surtout remarquer l'absence de vaisseaux, les tractus fibrineux lardacés, etc. — M. Hervieux rapporte un cas dans lequel on peut hésiter entre un foie gras et une cirrhose. — Quelques mots sur la cirrhose avec hypertrophie de l'organe; M. Legroux, sans la nier, désire de nouvelles recherches sur ce sujet.

— *Calculs biliaires*, par M. Gubler (Gazette médicale, p. 729). — Résumé : observation sur les calculs biliaires dans les canaux hépatiques; rétraction du canal cholédoque; compression de la veine porte par ce lien, dilatation ampullaire et plaques ossiformes de cette veine; développement des réseaux veineux de la grande circulation en communication avec le système porte, varices de l'œsophage; atrophie du foie, hypertrophie de la rate, état lardacé de tout le tube digestif et de ses annexes; ictère habituel, cachexie, mort.

— *Colique hépatique*, par M. Beau (Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1er septembre).—M. Beau pense que l'existence d'un calcul n'est en aucune façon nécessaire à la production de la colique hépatique; il ne nie pas d'une manière absolue la colique calculeuse, mais il professe que cette forme de la maladie, au lieu d'être la règle générale, n'est que l'exception. Il trouve dans la colique hépatique tous les caractères d'une névralgie viscérale, d'une hépatalgie dont la cause la plus ordinaire serait l'ingestion de certains aliments, tels que des acides, des alcooliques, des fruits peu mûrs, des glaces ou sorbets, etc. Le contact de ces substances qui, absorbées par les veines de l'estomac et de l'intestin, se mêlent au sang de la veine porte, et viennent avec lui baigner les éléments du foie, serait, suivant M. Beau, la cause de la névralgie de cet organe chez les sujets prédisposés, absolument de la même manière que chez d'autres certains aliments déterminent, lors de leur ingestion, la névralgie de l'estomac. Certains symptômes de la colique hépatique viennent confirmer cette idée. La douleur, en effet, occupe toute l'étendue du foie et le summum, bien loin d'exister vers la partie moyenne du bord inférieur dans la région de la vésicule, comme cela devrait être dans l'hypothèse d'un calcul. Il faut ajouter à cette considération la difficulté d'expliquer les causes et le mécanisme des pérégrinations du calcul, telles qu'on a coutume

de les admettre dans les cas si ordinaires où les selles ne présentent aucune concrétion biliaire. Le traitement conseillé par M. Beau découle de ses idées théoriques. Avant tout, il importe de régulariser l'hygiène et d'éviter les substances que l'expérience aura indiquées comme causes ordinaires des accès. Il faudra ensuite employer les alcalins, et en particulier l'eau de Vichy, qui a le double avantage de régulariser et de faciliter la circulation dans le foie et de neutraliser les acides, l'une des causes les plus fréquentes des coliques hépatiques.

—*Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent*, par L. Bourgeois (Thèses de Paris, nº 215).

— *Calcul biliaire sorti à travers les parois abdominales*, par M. Siry (Bulletin de la Société anatomique, p. 289, 1857). — Le calcul est sorti au niveau de la région inguinale droite, après avoir perforé l'appendice cœcal; les accidents n'ont pas eu une grande gravité.

— *Lombric ayant pénétré dans le foie pendant la vie*, par M. Mattei (Annali omodei et Union médicale, p. 604). — A l'autopsie, on a trouvé dans le foie deux cavités, entourées d'une inflammation chronique du parenchyme et contenant chacune un ascaride, avec du liquide purulent et un grand nombre d'œufs.

— *Deux observations d'hépatite suppurée*, par M. Grossmann (Deutsche Klinik et Archives générale de médecine, avril, p. 482.) — Ces deux observations sont intéressantes par la terminaison favorable de la maladie, par l'évacuation spontanée du pus dans l'intestin.

— *Coloration de la peau dans une maladie du pancréas* (British med. Journal et Revue étrangère, p. 31). — Le docteur Bell rapporte ce fait comme un de ceux dans lesquels les capsules suprarénales étaient probablement affectées; mais il pense que la coloration de la peau avait été modifiée par la maladie du pancréas. L'examen *post mortem* n'avait révélé qu'une altération peu importante des capsules, mais il avait fait reconnaître une dégénération lardacée du pancréas, qui s'étendait du réservoir du chyle et du canal thoracique. En second lieu, on avait trouvé aussi des dépôts de la même matière dans le foie, cet organe sous d'autres rapports étant parfaitement sain. Les autres viscères n'offraient rien d'anomal.

— *Observation d'un kyste du pancréas*, par M. Parsons (Gazette médicale, p. 596). — Troubles digestifs ; tumeur volumineuse à l'épigastre. — Cette tumeur disparaît, et la malade rend par les selles un fluide de consistance glaireuse, de couleur blanc sale, ayant une odeur qui rappelait celle de la salive. — La tumeur reparaît et la malade meurt. — A l'autopsie, on trouve le pancréas transformé en un vaste canal, terminé à ses deux extré-

mités par des ampliations cystiques contenant du sang altéré ; les parois en étaient d'une dureté cartilagineuse, réunies par des adhérences à l'estomac, aux reins, au côlon.

— *Pancréatite terminée par suppuration*, par M. Riboli (Gazetta medica italiana, 15 mars). — Dyspepsie, amaigrissement, fièvre continue avec exacerbation le soir, vomissement d'un liquide salivaire, alcalin, douleurs locales profondes, ptyalisme, pyrosis, soif ardente. L'autopsie a confirmé le diagnostic porté par Tommassini.

— *Recherches de pathologie expérimentale sur la rate*, par M. Jaschkowitz (Archives de Virchow et Gazette médicale, p. 459).—L'auteur a coupé les nerfs de la rate ; après plusieurs jours ou plusieurs semaines, l'autopsie a montré la rate engorgée, et différentes lésions qui prouvent que les altérations pathologiques de la rate peuvent être l'expression de modifications survenues dans le système nerveux.

—*Rupture de la rate, guérison*, par M. Serster. (Gazette médicale, p. 624). — Malgré ce titre, il est probable que l'auteur a observé un cas de rupture d'un kyste de la rate, avec guérison parfaite des suites de cet accident et amélioration considérable de la maladie principale.

— *Rupture de la rate chez un fœtus*, par M. Charcot (Gazette médicale, p. 728). — La mère avait fait une chute un mois avant l'accouchement ; l'enfant donnait à peine quelques signes de vie, au moment de la naissance. — A l'autopsie, on a trouvé une rupture de la rate, avec des caillots dans le péritoine. La lésion est traumatique, et cependant les caillots ne paraissent pas dater de la chute faite par la mère.

— *Hypertrophie de la rate. Traitement par les moxas*, par M. Wolff (Presse médicale belge, avril). — La rate avait, chez un jeune homme, atteint un volume énorme, à la suite de fièvres intermittentes. L'application de moxas a été suivie de la guérison.

— *Observations de déplacement de la rate* (Archives générales de médecine, août, p. 221). — Trois observations empruntées à différents journaux allemands de 1856. — La maladie s'est manifestée par l'apparition d'une tumeur à la région épigastrique ou dans les parties voisines, par des douleurs, des tiraillements, etc. Dans un de ces cas la femme est morte et on a trouvé des déchirures considérables autour de la rate et du côté du péritoine.

— *Observation de suppuration de la rate*, par M. Cathcart Lees (Dublin hosp. Gaz. et Union médicale, p. 483). — Tumeur dans les régions hypocondriaque et lombaire. Dans les antécédents, pas de fièvre intermittente ; la rate a été trouvée, à l'autopsie, transformée en un kyste rempli de pus.

— *Tympanite. — Ponction de l'abdomen*, par M. Trincot

(Moniteur des hôpitaux, p. 766). — Constipation opiniâtre; — Tympanite considérable; mort imminente; — ponction avec un fin trocart entre l'ombilic et la hanche gauche; — issue de cinq à six litres de gaz. — Guérison sans accidents.

— *De la péritonite chronique simple et tuberculeuse, et des tubercules du péritoine*, par M. Gauchet (Union médicale, p. 370). — Reproduction d'une leçon clinique de M. Aran, sur ce sujet. — Observation.

— *De la tuberculose entéro-mésentérique*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 237). — M. Bouchut, dans cette leçon, trace l'histoire de la maladie, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

— *Perforation du diaphragme dans la péritonite*, par M. Bonamy (Archives générales de médecine, novembre, p. 619). — Au dix-neuvième jour d'une péritonite spontanée, un abcès s'ouvre à l'ombilic; le vingt-deuxième jour apparaissent les symptômes d'un épanchement purulent dans le thorax. Entre autres lésions, on a constaté, à l'autopsie, une large ouverture du diaphragme faisant communiquer la cavité pleurale droite avec la cavité péritonéale.

— *Péritonite métastatique*, par M. Binard (Arch. belg. de méd., et Gazette hebdomadaire, p. 463). — Il est question d'une péritonite aiguë spontanée (l'autopsie n'a pas montré de lésion ayant pu produire la péritonite), qui est survenue brusquement, à la suite de la disparition d'un eczéma chronique de la jambe.

— *Observation d'ascite congénitale*, par M. Virchow (Gazette hebdomadaire, p. 283). — Fœtus de sept mois, dont l'abdomen était distendu par un liquide brun-rougeâtre; les intestins étaient, en grande partie, couverts de flocons fibrineux, etc. La même femme avait eu trois autres enfants, morts avec de l'ascite. — Virchow admet, dans ces cas, une péritonite produite par une influence héréditaire.

—*Hydropisie ascite. Injection iodée. Introduction de l'air dans le péritoine. Guérison*, par M. Letenneur (Gazette des hôpitaux, p. 346). — Pendant une injection iodée, faite dans le péritoine, pour obtenir la guérison d'une ascite grave, il est pénétré dans le péritoine, par mégarde, une quantité notable d'air. Aucun accident, et guérison durable. — M. Letenneur établit que le contact des liquides irritants agit différemment sur le péritoine sain et sur cette séreuse à l'état pathologique. Dans ce dernier cas, il y a tolérance du péritoine, s'il n'existe pas d'inflammation chronique. Quant à l'introduction de l'air, loin d'être nuisible, elle doit être considérée comme très-utile, parce que l'air s'imprègne de vapeurs iodées et pénètre plus facilement que les liquides dans tous les points du péritoine.

— *Nouvelles et heureuses applications de l'injection iodée à*

des cas d'ascites symptomatiques dans les maladies organiques graves, par M. Teissier (Gazette médicale de Lyon, p. 6). — Voici la pensée de l'auteur : La limite qui a été posée dans ces derniers temps par tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière, de réserver les injections iodées pour les cas d'hydropisie essentielle ou consécutive, cette limite peut être raisonnablement franchie, et dans les cas d'ascites symptomatiques de lésion organique, quand l'hydropisie a résisté non-seulement aux médicaments pharmaceutiques, mais encore aux ponctions simples ; quand l'hydropisie s'accompagne de phénomènes alarmants, dépendant de cette hydropisie elle-même, et qu'elle se reproduit sans cesse et avec rapidité, on doit, dans ces circonstances bien déterminées, tenter un dernier effort et pratiquer l'injection iodée. Sans doute on ne réussira pas toujours ; mais on n'abrégera pas la vie du malade, et on court la chance, dans quelques occasions, de réussir et d'arracher les malades à une mort presque certaine, comme chez les deux derniers dont il rapporte les observations.

— *Hydropisie ascite ; injections iodées ; kystes abdominaux, tubaires*, etc., par M. Letenneur (Nantes, impr. Mellinet ; in-8°, 20 p.).

— *Sur deux cas d'ascite*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 217). — Leçon sur deux cas d'ascite, tenant à une affection du foie. D'un côté, l'organe est atrophié, il y a cirrhose ; chez l'autre malade, le foie est hypertrophié. M. Trousseau explique cette hypertrophie par le mauvais état des voies digestives ; ces hypertrophies se guérissent parfaitement par les eaux alcalines et les mercuriaux.

— *Diagnostic différentiel de l'hydropisie de l'ovaire et de l'ascite*. (Med. Times ; Revue étrangère, p. 112). — L'auteur indique un nouveau signe, la percussion de la région lombaire, qui, la malade étant assise, donne un son mat d'un seul côté, du côté malade, s'il y a affection de l'ovaire.

— *Sur le diagnostic de la présence des vers dans l'intestin, par l'inspection microscopique des matières expulsées*, par Davaine (Gazette médicale, p. 226). — M. Davaine montre dans les matières intestinales une quantité considérable d'œufs de trichocéphales, d'ascarides lombricoïdes, bien visibles sous le microscope. L'inspection microscopique est donc un bon moyen de diagnostiquer les helminthes. En examinant les selles, il est donc possible de diagnostiquer non-seulement la présence de vers dans le tube digestif, mais encore l'espèce de ces vers.

— *Moyens anthelminthiques*, par M. Green (The amer. Med. Monthly, et Gazette hebdomadaire, p. 320). — En Amérique, on emploie beaucoup, comme vermifuge, la *spigelia marylandrica*, à la dose de 15 grammes, en macération dans un litre

d'eau. On emploie aussi l'huile de chénopode et les lavements d'huile d'olive pour faire évacuer les ascarides vermiculaires du rectum.

— *Botriocéphale*, par M. Potain (Bulletin de la Société anatomique, p. 50). — La portion présentée à la Société a une longueur de 3 ou 4 mètres ; elle a été expulsée après une dose de kousso. M. Potain donne une description très-détaillée et très-précise de la tête, et insiste spécialement sur la disposition des organes sexuels ; il montre que chaque anneau du botriocéphale est androgyne, et que la disposition des organes sexuels semble rendre très-probable que chaque anneau se féconde lui-même.

— *Ténia. Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de l'écorce de grenadier*, par M. Lespès (Bulletin de thérapeutique, t. LV, p. 429). — M. Lespès considère le ténia comme une agrégation ou série de nombreux helminthes ; il étudie les signes qui indiquent son existence, et insiste sur la perte d'appétit, les troubles digestifs, les douleurs cardialgiques, les éructations, etc. Il a toujours réussi à expulser le ver en entier, en faisant prendre aux malades 60 grammes d'écorce de grenadier, administré en décoction dans un litre d'eau, réduit à moitié par l'ébullition.

— *Etudes sur le tœnia, ou de la non-solitarité du ver solitaire, de ses effets sur l'organisme et de son traitement*, par M. L. Lespès (Saint-Sever, impr. Serres ; in-8°, 47 pages).

— *Mémoire sur les vers intestinaux*, par P.-J. Van Beneden (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-4°, VIII-376 pages avec 27 planches). — Cet ouvrage est écrit surtout au point de vue de l'histoire naturelle.

— *Tumeurs du foie déterminées par des œufs d'helminthes, et comparables à des galles, observées chez l'homme*, par M. Gubler (Gazette médicale, p. 657). — L'observation de M. Gubler est ainsi résumée : dyspepsie ; cachexie chloro-anémique ; tumeur dans la région hépatique ; symptômes ultimes de péritonite suraiguë ; mort. — Autopsie : tumeurs multiples du foie, d'apparence encéphaloïde, contenant une multitude d'œufs microscopiques ; kyste formé aux dépens des conduits biliaires oblitérés. — M. Gubier présente ensuite des réflexions sur les lésions qui, dans l'économie, tiennent à la présence des parasites, et les compare aux phénomènes que provoquent les cynips dans les végétaux.

— *Recherches sur le développement du trichocéphale dispar et de l'ascaride lombricoïde*, par M. Davaine (Gazette médicale, p. 648). — Dans cette note, il est dit que M. Davaine a montré à la Société de biologie des œufs de trichocéphale et d'ascaride ; on a pu suivre leur segmentation et leur développement, jusqu'à l'apparition de l'embryon.

— *Notices helminthologiques*, par M. Virchow (Gazette médicale, p. 443). — L'auteur insiste sur les différences que l'on a

notées dans la fréquence des espèces des vers, suivant le pays dans lequel on habite; il les attribue à l'alimentation. Il parle ensuite des *corpuscules calcaires des ténioïdes*, qu'il compare aux corpuscules cartilagineux ou osseux des animaux supérieurs.

— *Note sur des ténias trouvés dans l'estomac d'une grenouille*, par M. Vulpian (Gazette médicale, p. 574). — M. Vulpian pense que ces ténias appartiennent à l'espèce *tenia dispar;* il en donne la description.

— *Des lésions et des phénomènes pathologiques déterminés par la présence des vers ascarides lombricoïdes dans les canaux biliaires*, par M. Bonfils (Archives générales de médecine, juin, p. 661). — M. Bonfils commence par examiner la question suivante : Les vers lombrics peuvent-ils pénétrer pendant la vie dans les canaux biliaires ? Il est bien entendu que cette question est résolue par l'affirmative. — Le mémoire est le résumé de vingt-trois observations, que M. Bonfils a trouvées dans la science et qui sont reproduites pour la plupart. L'auteur pense et démontre par les faits, que, dans le foie comme dans l'intestin, les vers lombrics produisent l'inflammation, l'épaississement, le ramollissement, la perforation des conduits biliaires, formation d'abcès dans le parenchyme du foie. — Tous les phénomènes pathologiques revêtent trois formes, qui se trouvent décrites par leurs dénominations : l'hépatite vermineuse, la colique hépatique vermineuse et les convulsions vermineuses. Il n'y a rien de bien positif à indiquer touchant l'étiologie et le traitement.

— *De l'oxyure vermiculaire*, par E. Terson (Thèses de Paris, n° 159).

— *Des lésions de l'épiglotte*, par M. Green (New-York Journal et Revue étrangère, p. 71). — Conclusions présentées à l'Académie de médecine de New-York : 1. Le cartilage épiglottique est sujet à de nombreuses altérations de tissu, qui, dit l'auteur, n'ont pas assez fixé l'attention des médecins praticiens. Ces altérations sont ordinairement le résultat de l'inflammation, et se présentent sous forme d'*érosions* de la membrane muqueuse qui recouvre cette partie, ou d'ulcération de cette membrane et de ses glandes, ou encore d'œdème de son tissu aréolaire. — 2. Les érosions et les ulcérations, quoique ordinairement associées aux tubercules, existent souvent aussi comme maladies primitives, et précèdent, ou en quelques circonstances deviennent les causes excitantes d'autres affections graves. — 3. Les érosions sont plus fréquentes que les ulcérations, et diffèrent de ces dernières en ce qu'elles sont beaucoup plus superficielles, par cela même qu'elles sont limitées à la membrane muqueuse, et très-ordinairement à son épithélium. — 4. Les ulcérations primitives de l'épiglotte sont des altérations de tissu différentes aussi des érosions. Elles prennent naissance probablement dans les follicules de la muqueuse,

qui se ramollissent et s'ulcèrent, puis, pénétrant le fibro-cartilage, elles détruisent en définitive une portion de l'épiglotte, et, si on n'arrête pas leurs progrès, deviennent la source d'une maladie beaucoup plus sérieuse. — 5. L'œdème de ce cartilage est une lésion qu'on rencontre assez fréquemment à la suite d'une inflammation catarrhale; elle s'accompagne presque toujours d'aphonie, de difficulté de la déglutition, et parfois aussi d'ulcération du cartilage, et dans quelques cas même l'épiglotte subit une destruction complète. — 6. L'épiglotte, presque insensible à l'état normal, lorsqu'elle est attaquée, devient fréquemment le siége d'une grande irritation, et détermine une sensibilité excessive des parties qui l'avoisinent. L'existence de ce cartilage n'est pas absolument indispensable pour que la déglutition s'opère; il est toutefois nécessaire pour que cet acte s'accomplisse parfaitement. Sa plus importante fonction est de couvrir et de protéger la portion de la membrane muqueuse qui tapisse les bords de la glotte, et qui par son exquise sensibilité est la véritable sentinelle qui veille sur l'ouverture de cet organe. — 7. La plus importante conclusion pratique de l'auteur est que quelques-unes des lésions qui ont été décrites sont souvent et, cela est à croire, ne sont pas seulement parmi les premières manifestations des maladies thoraciques, mais sont elles-mêmes dans beaucoup de circonstances les véritables causes excitantes de ces affections, et plus encore que, si on parvient à les constater au moment où elles se développent, on peut alors opportunément leur opposer une médication topique, et parvenir à enrayer des maladies qui sans cela sont vouées, trop souvent, à une terminaison fatale.

— *Essai sur la diphthérie*, par M. Pératé (Thèse inaugurale, Paris, n° 216). — La diphthérie, pour M. Pératé, est une entité morbide, qui donne à ses manifestations un cachet de spécificité. — Tantôt presque tout le danger de la maladie réside dans l'extension des fausses membranes au larynx; tantôt l'état général domine toute la scène et imprime aux symptômes locaux, ainsi qu'à l'ensemble de l'affection, leur caractère de gravité. La trachéotomie n'offre des chances de succès que dans le premier cas. — Après ces considérations générales, l'auteur passe en revue quelques-unes des particularités du coryza couenneux, de l'angine, etc ; il insiste sur les paralysies générales ou limitées, qui se montrent à la suite de la diphthérie.—Le traitement est basé sur la distinction établie entre l'affection locale et l'affection générale.

— *Réflexions sur la diphthérie épidémique (maladie observée à Vignory en* 1857), par M. A. Forgeot (Thèses de Paris, n° 204).

— *Nature et traitement du croup*, par M. Jodin (Académie des sciences, 26 juillet). — L'auteur dit : 1° que le croup et les angines couenneuses ou croupales ne sont que des affections para-

sitaires ou moisissures ; — 2° que le traitement de ces affections n'exige ni moyens généraux, ni cautérisations incendiaires ; de simples applications parasiticides suffisent pour les faire disparaître et amener ainsi la guérison. — Relativement à l'agent thérapeutique à employer, l'auteur a préféré le perchlorure de fer ; ce médicament, pénétrant complétement le champignon et bornant son action à la surface, peut être absorbé sans danger. Il tue le parasite, modifie l'état hémorrhagique qui existe constamment dans les points envahis et dans leur contour, enfin il provoque immédiatement le besoin de cracher, et amène l'expulsion des fausses membranes.

— *Simples propositions sur le croup*, par M. Vernhes (Académie des sciences, 1er novembre). — L'auteur traite le croup en provoquant une éruption confluente sur tout le corps, au moyen du croton tiglium, et il dit avoir constaté qu'après l'apparition de l'exanthème, la formation de fausses membranes, si elle a déjà eu lieu, est complétement arrêtée.

— *Du tubage de la glotte par la dilatation forcée du larynx pour la guérison du croup*, par M. Bouchut (Académie de médecine, 14 septembre). — Rappelant les dangers de la trachéotomie, M. Bouchut propose de placer à demeure dans le larynx un tube qui entre à frottement, qui dilate l'organe d'une façon permanente et met le malade à l'abri de l'asphyxie.—Les instruments sont un cathéter, un tube laryngien et un anneau digital. — Le cathéter est recourbé comme une sonde d'homme ; à ce cathéter s'adapte le tube. Le tube laryngien, à peu près cylindrique, porte à sa partie supérieure un épaulement qui s'oppose à ce qu'il glisse dans la trachée et au-dessous duquel est attaché un fil double qui sort par la bouche et permet de retirer l'instrument. Quant à l'anneau digital, il recouvre les deux premières phalanges de l'index gauche. — Cet index, ainsi protégé, est introduit dans la bouche du patient, dont il abaisse l'épiglotte ; sur l'index, on glisse le cathéter armé de son tube laryngien ; celui-ci arrive ainsi dans le larynx, et, quand l'opérateur sent qu'il y est parvenu, il retire le cathéter et laisse le tube en place. — M. Bouchut a pratiqué cette opération cinq fois sur le cadavre et deux fois sur le vivant. — Par les deux observations qu'il rapporte, il pense pouvoir établir : 1° La facilité qu'on a de pratiquer le *tubage de la glotte* au moyen d'une virole ou canule fixée sur les cordes vocales inférieures, et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte ; — 2° la tolérance de cette virole par le larynx, — 3° la possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, de préférence à la trachéotomie ; — 4° la facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses formées dans la trachée et dans les bronches de sortir par ce tube intra-glottique ; — 5° l'utilité de cette ressource nouvelle pour les médecins

qui, dans de petites localités, sans aides et loin de tout secours, pourront employer ce moyen de préférence à tout autre.

— *Tubage du larynx*, par M. Bouchut (Moniteur des hôpitaux, 897). — Relation complète des deux observations dont M. Bouchut parle dans son mémoire.

— *Tubage de la glotte et de la trachéotomie*, par M. Loiseau (Académie de médecine, 21 septembre). — Dans cette lettre, M. Loiseau rappelle le mémoire qu'il a présenté à l'Académie, le rapport de M. Trousseau, et réclame la priorité sur M. Bouchut. — M. Bouchut, dans la séance du 28 septembre, adresse une lettre pour prouver que la réclamation de M. Loiseau n'est pas fondée.

Rapport et discussion sur le mémoire de M. Bouchut.

— Rapport de M. Trousseau (Académie de médecine, 2 novembre). — M. *Trousseau*, après un résumé historique des diverses méthodes de traitement employées contre la diphthérite, établit que l'idée du tubage du larynx et de la trachée appartient à M. Reybard et surtout à M. Loiseau; mais que M. Bouchut, le premier, a fait de cette idée une application pratique Il examine plusieurs points de la nouvelle méthode et termine par les conclusions suivantes : 1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif. — 2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie, et quelquefois de traiter et de guérir la maladie. — 3° Dans le traitement du croup, il retarde l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphthéritique. — 4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup, dès que les ressources médicales semblent épuisées.

M. *Bouvier* (Académie de médecine, 9 novembre) s'attache à faire ressortir, en comparant les conclusions aux passages du rapport sur lesquels elles sont basées, qu'elles ne sont pas l'expression tout à fait exacte des opinions formulées dans ces divers passages. Le tubage du larynx, formellement condamné dans le cours du rapport, est traité avec trop de ménagement, et presque absous dans les conclusions ; aussi faut-il les modifier. Faisant allusion à une lettre de M. Bouchut, dans laquelle il paraît accuser les médecins de l'hôpital des Enfants de faire des trachéotomies prématurées, uniquement pour s'exercer la main, l'orateur proteste avec force contre une pareille insinuation.

M. *Trousseau* est indigné du langage tenu par M. Bouchut ; il convient qu'il a usé d'une grande réserve dans les conclusions du rapport.

M. *Trousseau* (16 novembre) donne lecture de nouvelles conclusions, proposées par la Commission : 1° Le tubage du larynx, assez difficile dans son exécution, est un moyen dangereux, si la canule reste plus de quarante-huit heures en contact avec les cordes vocales. — 2° Il n'est pas impossible que, dans certaines maladies aiguës ou chroniques du larynx, ce procédé soit appelé à rendre quelque service ; toutefois, les faits publiés jusqu'à ce jour par M. Bouchut sont insuffisants pour démontrer que le tubage du larynx soit utile dans le cas de croup. — 3° La trachéotomie reste, quant à présent, le seul moyen à opposer au croup, dès que les ressources médicales sont épuisées.

M. *Piorry* fait un discours, qu'il termine par les conclusions suivantes : 1° Pour bien étudier les indications dans la série des symptômes du croup, il faut analyser et apprécier nettement les états anatomiques que présentent ceux qui en sont atteints, et les généralités de traitement que l'on a établies sur cette affection complexe, unitairement considérée, sont insuffisantes. — 2° Très-rarement le tubage laryngien est applicable, et, le plus ordinairement, la trachéotomie, qui, du reste, est sans danger par elle-même, lui est préférable. — 3° L'état des bronches et des poumons mériterait, dans l'étude du croup, la plus sérieuse considération, et l'aspiration des mucosités laryngiennes et bronchiques par un tube, ou même par les fosses nasales (la bouche étant fermée), pourrait, si l'on parvenait à faire confectionner un instrument convenable, avoir peut-être de l'avantage. — 4° D'après ces conclusions, celles du rapporteur de votre Commission me paraissent être très-insuffisantes et très-incomplétement présentées.

M. *Cloquet* fait remarquer, à l'occasion de la question de priorité soulevée au sujet de l'anésthésie asphyxique, que la note de M. Demarquay n'a été communiquée à la Société de chirurgie que le 28 juillet, tandis que M. Bouchut a lu son mémoire à l'Académie des sciences le 21 du même mois. M. Cloquet ajoute que, deux ans avant le travail de M. Faure, qui est antérieur à ceux de MM. Bouchut et Demarquay, lui-même avait constaté l'anésthésie produite par l'asphyxie. L'anésthésie asphyxique est d'ailleurs connue depuis longtemps chez les pendus : sa découverte appartient donc à tout le monde et à personne.

M. *Malgaigne* reproche à la Commission de n'avoir pas répété les expériences de M. Bouchut. On s'est hâté de présenter un rapport qui est moins un travail sur la trachéotomie qu'un manifeste de M. Trousseau en faveur de la trachéotomie. Voyons pourtant ce qu'on y dit du tubage. — La Commission reconnaît qu'il est possible ; quant aux difficultés, elles sont moindres que dans la trachéotomie. « Pour ce qui est de l'utilité du tubage, je crois, comme la Commission, qu'elle est incontestable *à priori*,

quand la fausse membrane n'occupe que le larynx, et, dans ces circonstances, je vote à deux mains pour le tubage (toujours *à priori*, bien entendu), car, canule pour canule, celle de M. Bouchut pourrait bien être plus innocente que celle qu'on place dans une plaie de la trachée. — Mais la Commission va au delà de la vérité en disant que le tubage n'offre qu'une ressource bien limitée quand la fausse membrane tapisse la trachée. Qui le lui a dit? Et d'ailleurs les chances sont encore égales pour la trachéotomie et le tubage. — Les résultats du tubage, je l'accorde volontiers à M. Trousseau, ne sont pas encourageants jusqu'à ce jour; mais il ne faut pas oublier que c'est un procédé tout nouveau, et que les faits ultérieurs, lorsqu'il sera perfectionné, seront peut-être plus favorables. » — Passant à la trachéotomie, M. Malgaigne déclare que c'est une opération qui a d'énormes dangers. Il s'élève contre la trachéotomie pratiquée dans la *deuxième période*, parce qu'on ne connaît pas les limites de cette période. Puis, rapprochant les résultats de la trachéotomie pratiquée en ville par les hommes les plus justement renommés de ceux qu'elle donne à l'hôpital des Enfants, il arrive à cette conclusion que ces derniers sont infiniment plus avantageux, malgré les conditions hygiéniques les plus défavorables, et bien que la plupart de ces opérations soient pratiquées par les internes. — Ce fait étrange ne peut s'expliquer, de l'avis de l'orateur, que d'une manière: c'est que ces jeunes gens, manquant de l'intrépidité des vieux praticiens, se décident souvent à l'opération quand les maîtres auraient attendu. J'en avertis les chefs, s'écrie-t-il: *caveant consules!* — Aussi je ne crois pas un seul mot des statistiques de l'hôpital des Enfants, et, quoi qu'en ait pu dire M. Trousseau, je ne fais la trachéotomie que dans la dernière période, alors qu'elle est la seule ressource présente. — Je la remplacerais volontiers par le tubage dans la deuxième période, le tubage qui n'est pas une opération sanglante, qui n'a pas de dangers, et je déclare que j'agirais de cette manière s'il s'agissait de mon propre enfant.

Lettre de M. Millard (23 novembre).— M. *Millard* répond aux passages du discours de M. Malgaigne, dans lesquels l'orateur a mis en cause la thèse de M. Millard. Le défaut de concordance signalé entre la statistique de MM. Roger et Sée et la sienne tient à ce que la première repose sur l'ensemble des trachéotomies faites à l'hôpital depuis huit ans, tandis qu'il s'est borné à consigner les résultats d'une période de dix-huit mois. — Il rappelle que l'observation unique dans sa thèse, et signalée par M. Malgaigne, où il n'y avait pas de fausses membranes, se rapporte à une de ces variétés de laryngite, consécutives à la rougeole, qui peuvent en imposer pour des croups vrais, et que, précisément dans ce cas, le diagnostic fut porté par le chef de service lui-même. Il déclare enfin que, si une seule fois un élève externe a fait une trachéo-

tomie sous sa responsabilité personnelle, c'est là un cas tout exceptionnel, et que jamais ces élèves ne sont appelés à décider la trachéotomie.

Lettre de MM. Roger et Sée. — MM. *Roger* et *Sée* maintiennent, en face des allégations de M. Malgaigne, l'exactitude de leurs chiffres. — M. Malgaigne soutient que la trachéotomie est faite prématurément à l'hôpital des Enfants; mais, en analysant les observations consignées dans les thèses de MM. Millard et Letixerant, il pourra s'assurer qu'on attend toujours, pour opérer, qu'il y ait non pas imminence seulement, mais commencement d'asphyxie. — En résumé, après avoir montré l'exactitude de nos relevés statistiques, nous maintenons dans leur intégrité les conclusions pratiques que nous avons formulées, savoir : 1° que la trachéotomie est suivie de guérison, dans une proportion de 26 à 27 pour 100; — 2° que l'opération, faite au début de l'asphyxie, sauve 3 enfants sur 5, ou 64 pour 100 ; tandis que pratiquée *in extremis*, elle ne peut en sauver que 18 à 19 pour 100.

M. *Bouvier* fait ressortir l'influence exercée sur les résultats de la trachéotomie par les perfectionnements du manuel opératoire et des soins consécutifs. — Les statistiques de quelques chirurgiens se rapportent aux premières périodes de la trachéotomie. — A l'occasion de l'accusation élevée par M. Bouchut contre les médecins de l'hôpital des Enfants, d'opérer trop tôt, M. Bouvier fait remarquer que depuis longtemps on y appelle première période du croup le croup confirmé avec fausses membranes; la deuxième est l'asphyxie commençante; la troisième, l'asphyxie avancée, la mort imminente. Opérer dans la deuxième période, ce n'est donc pas, comme l'a dit M. Bouchut, opérer pour une asphyxie qui n'existe pas encore. — Tous les faits s'accordent à prouver que lorsqu'il est une fois reconnu que l'opération sera nécessaire plus tard, il y a toujours avantage à la faire plus tôt. — Au surplus, pour édifier l'Académie sur la pratique des internes, M. Bouvier donne lecture d'une lettre qu'ils lui ont adressée, sur sa demande, relativement aux indications de la trachéotomie. — Dans la première période de croup confirmé, où la dyspnée est peu marquée et l'état général assez satisfaisant, il n'est jamais question de pratiquer la trachéotomie. — Dans la deuxième, celle de dyspnée progressive avec accès de suffocation et d'asphyxie commençante, l'interne n'opère jamais immédiatement; il administre l'ipécacuana, et il n'opère que si la dyspnée s'accroît rapidement, et s'accompagne d'accès de suffocation fréquents et rapprochés, et et si les accidents généraux s'aggravent. — Dans la troisième pépiode enfin, celle d'asphyxie confirmée, qu'elle soit avec pâleur ou cyanose, l'interne de garde opère immédiatement. — Les internes s'abstiennent en raison de l'âge trop peu avancé du malade, de l'état d'intoxication manifeste ou de diphthérite généralisée ; ils

hésitent en raison des complications thoraciques, pneumonie et bronchite pseudo-membraneuse. — Je n'ai plus, dit M. Bouvier en terminant, qu'une tâche à remplir, c'est de témoigner publiquement, en mon nom et au nom des autres chefs de service de l'hôpital des Enfants, toute notre gratitude à ces jeunes hommes qu'on a failli calomnier, et qui depuis dix ans passent à tour de rôle dans nos salles pour y recueillir les bénédictions des familles.

M. *Trousseau* (30 novembre), répond au discours de M. Malgaigne. Il était urgent de faire cesser au plus tôt les doutes que le travail de M. Bouchut avait fait naître dans l'esprit des médecins, touchant la trachéotomie. — Pour convaincre M. Malgaigne des dangers du tubage, M. Trousseau met sous ses yeux les larynx d'animaux qu'il a soumis à cette opération; on y voit des altérations, des destructions de la muqueuse, des mises à nu des cartilages, etc., produites par la canule au bout de quarante-huit heures. Il resterait donc, à la suite du tubage, des nécroses, des phlegmasies chroniques, et finalement surviendrait l'œdème de la glotte, qui nécessiterait la trachéotomie. Comme d'ailleurs le tubage n'est qu'un moyen dilatoire, et que dans le croup le larynx reste souvent obstrué des semaines entières, le tubage est, en fin de compte, tout à fait inadmissible. — Revenant aux dangers de la trachéotomie, que M. Malgaigne a si effrayamment amplifiés, M. Trousseau cite une statistique empruntée à une thèse publiée en Allemagne sur les applications de la trachéotomie à l'extraction des corps étrangers. Sur 96 opérations, on compte 73 guérisons, et encore un grand nombre d'insuccès étaient dus à ce que l'opération avait été faite contrairement à toutes les règles de l'art, ou à ce que les corps étrangers étaient logés dans un point inaccessible. M. Trousseau cite en outre trois trachéotomies faites récemment à l'Hôtel Dieu chez des adultes dans les conditions les plus défavorables, et toutes couronnées de succès. — M. Trousseau rappelle ensuite combien est grande la gravité du croup abandonné à lui-même. — L'orateur passe ensuite en revue les conditions de succès de l'opération ; il faut qu'elle soit bien faite; il faut qu'on évite à tout prix les hémorrhagies; la trachéotomie réussit infiniment mieux lorsqu'il ne s'agit que du croup simple que dans les cas de diphthérite généralisée, et également chez les enfants qui n'ont subi aucun traitement préalable; les soins consécutifs sont tout aussi importants. — Ces précautions indispensables sont les suivantes : l'emploi d'une canule double, dont le diamètre dépasse celui de la glotte; d'une cravate épaisse de mousseline; l'entretien d'une transpiration chaude et d'une humidité convenable de l'air; la cautérisation plusieurs fois répétée de la plaie, et surtout une alimentation restaurante. Cette dernière condition a une importance extrême, et il faut au besoin

recourir à la violence quand les enfants refusent de manger, et employer la sonde œsophagienne dans les cas où le croup laisse à sa suite une paralysie du voile du palais ou du larynx.

M. *Bouillaud* (7 décembre) n'est pas partisan du tubage, mais il croit que cette innovation n'aurait pas eu le triste sort qu'elle subit en ce moment, si M. Bouchut l'avait présentée un peu plus habilement, sans heurter de front toutes les idées reçues, et surtout sans diriger une attaque en règle contre la trachéotomie, que M. Bouillaud a d'ailleurs toujours préconisée. — M. Bouillaud a été vivement frappé d'un passage d'un discours de M. Trousseau dans lequel cet honorable académicien semblait rejeter tout traitement préalable du croup comme nuisible. — M. Bouillaud pense que tout n'est peut-être pas dit sur le traitement médical du croup. Comme cette affection est le plus souvent une simple phlogose, il est convaincu que le traitement antiphlogistique, méthodiquement appliqué, pourrait en triompher. Il rejette, comme M. Trousseau, les sangsues, dont l'application est si souvent suivie d'hémorragies incoercibles; mais il pense qu'on pourrait leur substituer avec avantage les ventouses scarifiées. — M. Bouillaud termine par une critique de la doctrine homœopathique.

M. *Malgaigne* (4 janvier 1859) rappelle d'abord l'origine et les principales phases du débat, puis il passe à une nouvelle critique de la statistique dressée par MM. Roger et Sée; il croit qu'elle n'offre pas de garanties suffisantes, parce que les trois documents sur lesquels elle repose ne s'accordent pas tout à fait, et, d'autre part, il regarde comme insuffisant le chiffre de trente-neuf opérations, d'après lequel on a calculé les résultats de la trachéotomie pratiquée à la deuxième période du croup. — M. Malgaigne maintient, au contraire, l'exactitude de la statistique donnée par M. Bouchut pour les trachéotomies pratiquées en ville; ces chiffres ne peuvent d'ailleurs être annulés par des séries heureuses telles qu'en a rapportées M. Trousseau. — Les succès datent seulement du moment où M. Trousseau a introduit à l'hôpital des Enfants, comme dans sa propre pratique, le principe de la trachéotomie prématurée. — Si la trachéotomie a été un grand bienfait pour l'humanité, ne lui rendrait-on pas un service bien plus éclatant en rendant la trachéotomie inutile? Ne faudrait-il pas encourager les tentatives qui poursuivent ce but? La trachéotomie, faite pour des corps étrangers, donne une mortalité de 1 sur 4, d'après les chiffres mêmes qu'invoquait M. Trousseau, et la mortalité de l'amputation de l'avant-bras et celle de la taille avant l'âge de cinquante ans ne sont pas plus élevées. Le tubage, d'ailleurs, même tel qu'il a été appliqué jusqu'ici, pourrait bien trouver son application dans les cas de croup où il suffirait de créer un libre passage à l'air pour un ou deux jours seulement.

M. *Barth* (10 janvier), après quelques mots sur l'opportunité

du rapport sur le tubage, se prononce pour la trachéotomie hâtive, qu'il propose d'appeler *opportune*, et résume les principaux signes qui indiquent l'urgence de l'opération, à la voix et à la toux éteintes, au sifflement laryngé, à la coloration plombée et au refroidissement de la peau, à l'anésthésie. Il ajoute, comme symptôme important, l'affaiblissement du murmure vésiculaire; quand ce signe est très-prononcé, il faut opérer de suite, car le premier accès de suffocation peut entraîner la mort. — M. Barth croit, en résumé, que la trachéotomie a été calomniée, et qu'on lui a attribué des méfaits dont elle n'est pas coupable. Quant au tubage, c'est un fait qui est encore à l'étude, une question d'avenir, et l'Académie ne peut voter des conclusions formelles sur son compte.

M. *Bouvier* (18 janvier). Réponse à M. Malgaigne : On doit les succès à ce que les soins donnés aux opérés sont mieux entendus et non à ce que l'opération est pratiquée dès le début. La statistique de M. Sée repose sur des documents authentiques. — Après avoir encore insisté sur les dangers que pourraient avoir et qu'ont déjà eus les hésitations causées par les paroles de M. Malgaigne, M. Bouvier vote pour les conclusions de la commission. — Après les réclamations de quelques membres, l'Académie adopte des conclusions ainsi conçues : « Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile ni assez exempt de dangers pour mériter l'approbation de l'Académie. — La trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le seul moyen à employer, lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux. »

— *Sur la mortalité du croup à domicile et dans les hôpitaux de Paris de* 1826 *au* 15 *septembre* 1858, par M. Bouchut (Académie des sciences, 27 septembre). — La mortalité du croup, par 1,000 habitants, a doublé de 1837 à 1853, et, pour les années de 1847 à 1858, elle a été à peu près cinq fois plus forte qu'en 1838. Cela est énorme, et on se demande à quoi il faut attribuer de pareils résultats établis par les relevés de trente-deux ans d'observation, comprenant 10,044 décès de croup, chiffres assez considérables pour offrir toutes les garanties nécessaires de certitude.— Evidemment, le fait de cet accroissement de mortalité par le croup, contraire à la loi de diminution de la mortalité générale par 1,000 habitants dans la même période de temps, ne peut être expliqué que de trois manières : ou bien le nombre des croups augmente chaque année et avec lui la mortalité proportionnelle, ou bien la maladie est devenue plus grave, ou enfin le traitement chirurgical suivi dans les quinze dernières années n'a pas le mérite qu'on lui attribue et ne vaut pas le traitement médical autrefois employé, de 1826 à 1838, par exemple. 1° Il ne paraît pas possible d'admettre ni de prouver qu'il y ait deux ou cinq fois plus

de croups aujourd'hui qu'il y a vingt ans, ce qu'il faudrait établir pour rendre un compte exact de la mortalité deux ou cinq fois plus forte que je viens de révéler. On comprend bien qu'il y ait une fois par hasard, comme en 1847 et en 1858, une épidémie qui fasse momentanément plus de victimes, mais cela ne fait qu'une augmentation temporaire de mortalité, tandis qu'un accroissement annuel progressif constaté pendant trente-deux ans tient évidemment à une autre cause. — 2° Personne ne voudrait affirmer que le croup a changé de nature et qu'il devient d'année en année d'un pronostic plus grave; il ne reste donc plus qu'à imputer la grande mortalité dont je parle à la différence du traitement suivi dans ces dernières années. — 3° On sait, en effet, que depuis les travaux de M. Bretonneau sur la diphthérie, et les savantes leçons de M. le professeur Trousseau, c'est-à-dire vers 1848 et 1849, le traitement chirurgical du croup, par les cautérisations, par la trachéotomie et par les instillations caustiques, est devenu chose usuelle dans la pratique hospitalière et civile. Or, par simple coïncidence ou par suite d'un effet malheureux, c'est à partir de cette époque qu'on voit s'élever la mortalité du croup par 1,000 habitants et qu'elle devient le double, le triple et le quadruple de ce qu'elle était antérieurement. — Si l'on prend la première moitié du tableau de 1826 à 1840, époque où l'on faisait peu de trachéotomie, la mortalité n'est que de 1 sur 3, 4, 5 et 6000 habitants; au contraire, elle est de 1 sur 3,000, 2,000 et même 1,400 âmes dans la seconde moitié, temps où l'on pratique un grand nombre de trachéotomies. Est-ce à dire pour cela que ce soit une opération inutile ou nuisible? Je ne le crois pas, et j'ajouterai qu'en la remettant en faveur, M. le professeur Trousseau a rendu un grand service à la science; mais cela dépend des principes qui président à son application. Pratiquée à la période ultime du croup, au moment de l'anesthésie, elle sauve quelquefois des enfants voués à une mort certaine, ce que j'ai fait; au contraire, pratiquée de trop de bonne heure, lors des accès de suffocation avant toute anesthésie, elle fait périr des enfants qui peut-être eussent guéri spontanément. — C'est ainsi qu'en ajoutant ses dangers à ceux du croup, elle en augmente considérablement la mortalité absolue et relative. La mort immédiate par syncope ou par hémorragie, les morts consécutives occasionnées par la diphthérie de la plaie du cou ou par pneumonie secondaire, sont les causes de cette mortalité croissante. — Suivent trois tableaux détaillés de la mortalité du croup à Paris, de 1826 à 1858.

— *De la mortalité par le croup*, par M. Barthez (Académie de médecine, 16 novembre). — La lettre de M. Barthez est une réponse au mémoire de M. Bouchut. Elle se termine par les conclusions suivantes: — La trachéotomie est une magnifique conquête dans le traitement du croup; — Elle ne doit être pratiquée qu'après

l'emploi des moyens médicaux, et lorsqu'ils n'ont pas de prise contre la maladie ; — Elle ne peut être dirigée que contre l'asphyxie produite par la présence de la fausse membrane ; — Le moment opportun pour la pratiquer est celui de la deuxième période du croup, où l'asphyxie commence et semble s'établir d'une manière continue ; — Plus tard, elle est encore indiquée, mais elle a moins de chance de succès.

—*Recherches statistiques sur la mortalité par le croup et sur le nombre des guérisons par la trachéotomie*, par MM. Roger et Sée (Académie des sciences, 1er novembre).— D'après ces auteurs, le seul fait que démontre la statistique de M. Bouchut, c'est que les diverses années présentent entre elles, pour la proportion des décès, des différences considérables, qu'on ne peut imputer qu'au croup lui-même et à sa manifestation très-souvent épidémique. Quant à l'influence désastreuse de la trachéotomie, elle est catégoriquement démentie par la statistique des trachéotomies pratiquées à l'hôpital des Enfants depuis une vingtaine d'années ; la proportion des succès donnés par cette opération suit en effet une progression croissante. La trachéotomie est donc une cause incontestable de la diminution de la mortalité par le croup, et, malgré des attaques mal fondées, elle est et demeure un grand service rendu à la science et à l'humanité.

— *Nouvelle note sur la mortalité du croup*, par M. Bouchut (Académie des sciences, 15 novembre).— M. Bouchut s'élève contre la contestation dont son premier mémoire a été l'objet de la part de MM. Roger et Sée ; après une enquête officieuse auprès de nos premiers chirurgiens, il a trouvé que, sur 388 trachéotomies faites exclusivement pour des cas de croup, il y a eu 346 décès et 42 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 90 pour 100.

— *Croup, cathétérisme du larynx; guérison*, par M. Gros (Gazette hebdomadaire, p. 660). — Le cathétérisme du larynx a été pratiqué trois fois en trois jours ; on a fait des injections avec une solution de nitrate d'argent, puis avec une solution de tannin. La guérison a été obtenue sans qu'il ait été nécessaire de pratiquer la trachéotomie, qui était indiquée avant le cathétérisme.

— *Cathétérisme du larynx*, par M. Costilhes (Gazette hebdomadaire, p. 675). — Ce fait est tout le contraire du précédent, comme terminaison. — Une petite fille atteinte de croup avait bien supporté le cathétérisme du larynx et l'injection de solution de nitrate d'argent, trois fois de suite. Un mieux assez sensible avait accompagné chacune des opérations. Le mal n'en faisait pas moins des progrès et l'enfant a succombé entre les mains des opérateurs, au moment où ils pratiquaient le cathétérisme pour la quatrième fois. M. Costilhes pense que cette enfant est morte probablement par suite d'un spasme de la glotte ou des muscles du larynx, pro-

duit sans doute par la canule qui est restée en place trop longtemps, et par la solution d'azotate d'argent qui a pu déterminer de l'irritation et du gonflement dans cet organe. Du reste, il est convaincu qu'avec ou sans le cathétérisme cette enfant aurait fatalement succombé dans la soirée.

—*Croup.—Trachéotomie.—Mort imprévue six semaines après l'opération, à la suite de l'extraction de la canule*, par M. Blachez (Bulletin de la Société anatomique, p. 300, 1857). — Ce fait prouve qu'un enfant, six semaines après l'opération et dans l'état de santé le plus favorable possible, peut encore succomber au moment où la canule est retirée. La mort a été instantanée, quelques heures après la suppression de la canule; elle a été attribuée à un rétrécissement de la glotte, à travers laquelle on n'aurait pas pu faire passer de champ une petite lentille. Ce rétrécissement tenait au rapprochement forcé de la base des cartilages aryténoïdes, au niveau desquels la muqueuse présentait les caractères du tissu cicatriciel. L'air avait d'abord traversé la glotte assez librement; il est probable qu'il n'est plus arrivé dans la trachée, au moment d'une vive émotion morale.

— *De la trachéotomie dans le cas de croup.* — *Observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades*, années 1857 et 1858 (1er semestre), par M. Millard (Thèses de Paris, n° 207). —Le mémoire de M. Millard a joué un grand rôle dans la discussion de l'Académie. N'est-ce pas la meilleure preuve de son importance et du soin avec lequel il a été rédigé? Cette analyse nous paraîtra trop courte, quelque extension que nous lui donnions, parce que la thèse de M. Millard est pour nous l'exposé le plus net, le plus précis et le plus complet de ce que l'on doit raisonnablement penser aujourd'hui du traitement du croup par la trachéotomie. Dans une première partie, M. Millard étudie les conditions que présentent les malades avant l'opération; c'est en quelque sorte le pronostic anticipé de l'opération. Il examine : 1° *Le sexe* : son influence est nulle. — 2° *L'âge* : plus les enfants sont jeunes, plus l'opération est difficile et dangereuse, à cause de l'exiguïté de la trachée et de l'étroitesse de la région où doivent manœuvrer les instruments; plus les accidents immédiats sont redoutable ; plus les suites de l'opération sont incertaines, à cause de la difficulté de l'alimentation, de l'indocilité des sujets, et surtout à cause du défaut de résistance vitale, qui donne une grande gravité aux complications même les plus légères; plus les chances de fièvres éruptives ou de convulsions sont multipliées. — 3° *Le tempérament et la constitution* : plus la constitution sera forte, mieux elle permettra aux enfants de lutter contre les causes de mort qui accompagnent ou suivent la trachéotomie. — 4° *L'inégalité de la position sociale* : elle a de l'influence, à cause de la santé antérieure et des soins consécutifs. — 5° *La santé an-*

térieure : il est rationnel d'admettre que l'enfant sera dans des conditions d'autant meilleures qu'il aura joui antérieurement d'une santé plus parfaite.— 6° *Le croup secondaire :* c'est l'étude attentive des symptômes et de l'état général, bien plus que la nature de l'affection antérieure, qui doit servir de règle pour faire l'opération ; si l'asphyxie, par cause mécanique, paraît être le danger principal et le plus prochain, l'opération est éminemment rationnelle, et, il y a plus, elle est impérieusement exigée, quel que doive être après tout le résultat définitif. — 7° *La période à laquelle les accidents sont arrivés :* M. Millard pose en règle, d'un côté, que plus tôt la trachéotomie est pratiquée, plus elle a de chances de succès, et, d'un autre, qu'il ne faut pas opérer trop tard, mais qu'il n'est jamais trop tard pour opérer, tant qu'il n'y a pas positivement mort. Il pense que, quelle que soit la période du croup, la condition de succès qui prime toutes les autres, c'est la prédominance des caractères de l'asphyxie dans l'ensemble des symptômes offerts par le malade. — Le chapitre consacré aux complications du croup traite de la diphthérite généralisée, du coryza couenneux, de la diphthérite cutanée, de la bronchite pseudo-membraneuse, de la pneumonie, etc. — A l'étude des *médications antérieures*, M. Millard pose la conclusion suivante, au point de vue de l'opération : On peut résumer en un mot ce qui a rapport au traitement antérieur : « Les chances de succès seront d'autant plus grandes qu'il aura été moins énergique. » Ménager le plus possible les forces du malade, en vue de l'éventualité de l'opération, telle doit donc être la devise du médecin, en face de tout enfant atteint de croup. — La deuxième partie a pour titre : *l'Opération.* Le procédé classique, tel qu'il a été décrit par MM. Lenoir, Trousseau et P. Guersant, est incomparablement plus simple, plus facile et plus sûr que toutes les modifications qu'on a proposées pour le remplacer, et jusqu'à nouvel ordre, le mieux, sous ce rapport, paraît être l'ennemi du bien. Voici quelques propositions qui résument les meilleures conditions dans lesquelles devra se placer l'opérateur : 1° On ne saurait être trop bien éclairé. — 2° Il faut explorer avec soin la région du cou, et déterminer exactement la place du cartilage cricoïde. — 3° L'importance de la ligne médiane est capitale. — 4° L'opérateur doit se placer à droite et non à gauche. — 5° On ne doit intéresser que la trachée, à moins d'indications spéciales. — 6° L'incision de la trachée doit être la plus rapprochée possible du cartilage cricoïde. — 7° L'incision de la peau doit commencer au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde. — 8° Tant qu'il n'y a pas de veines ouvertes, on peut et on doit aller lentement. — 9° On ne lie jamais de veines. — 10° Il faut sentir la trachée nettement sous son doigt. — 11° Il faut que ce conduit soit dénudé avant d'être

incisé. — 12° On fait cette incision sur l'ongle de l'index gauche placé au-dessous ou le plus près possible du cartilage cricoïde. — 13° Si on est très-près du cartilage cricoïde, on peut faire l'incision de la trachée de haut en bas ; si on est loin de lui, il faut la faire de bas en haut, à cause du tronc brachio-céphalique. — 14° Autant que possible, on la fera d'emblée assez longue, et elle devra toujours être du premier coup suffisante pour admettre le dilatateur.—15° L'incision de la trachée faite, l'index gauche sera immédiatement placé sur elle.—16° Le dilatateur sera guidé sur l'ongle de l'index gauche jusque dans l'intérieur de la trachée. — 17° Si l'hémorrhagie continue, malgré l'ouverture de la trachée, on se hâtera de mettre la canule. — 18° On introduira la plus forte canule possible. — La troisième partie est consacrée aux *soins consécutifs* à donner aux opérés. *Soins locaux :* Il y a quatre règles fondamentales, connues aujourd'hui de tout le monde, qu'on ne doit jamais violer, à moins de cas de force majeure, et qu'il suffit de rappeler : 1° On ne doit se servir que de canules doubles. — 2° Le cou doit être constamment entouré d'une cravate.— 3° La canule devra toujours être munie d'une rondelle de taffetas ciré. — 4° Quel que soit l'état de la plaie, elle doit être cautérisée avec la pierre infernale pendant les trois ou quatre premiers jours.— *Traitement général :* L'alimentation tient le premier rang; elle doit être ordonnée avec insistance. — M. Millard croit à l'efficacité du chlorate de potasse ; on doit continuer à l'administrer après la trachéotomie. — *Influence nosocomiale :* Le séjour dans les salles de l'hôpital, au milieu des maladies contagieuses qui y sont constamment traitées, constitue sans aucun doute pour nos opérés une des plus fâcheuses conditions, et, sous ce rapport, ceux de la pratique civile ont un avantage considérable. — Il n'y a pas de règle générale pour l'*ablation de la canule* ; les enfants doivent être surveillés avec une grande attention durant les premiers jours qui suivent cette ablation. — Cette remarquable thèse contient, en outre, quelques observations, rapportées dans leurs détails les plus minutieux.

— *Du croup, considéré principalement au point de vue du diagnostic et du traitement*, par M. Assarris (Thèses de Paris, n° 281).

— *Du croup*, par M. Bellaspect (Thèses de Paris, n° 128).

— *Notice sur le croup et les affections diphthéritiques, observés à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant le premier semestre de l'année* 1858, par M. Créquy (Thèses de Paris, n° 283). — Le travail de M. Créquy comprend les observations qu'il a recueillies, et quelques réflexions qui s'appliquent à l'épidémie dont il a suivi les phases.

— *Du croup et des moyens de le prévenir*, par M. P. Lorut (Cusset, impr. Jourdain ; in-8°, 20 pages).

— *Recherches sur l'opération de la trachéotomie*, par M. Ch. Hardy (Bulletin de thérapeutique, t. LV, p. 310). — Bon article de bibliographie et de critique sur l'emploi et les différents procédés de la trachéotomie, depuis les temps les plus reculés.

— *De la guérison de l'angine couenneuse et du croup membraneux par l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé*, par M. Guillon (Moniteur des hôpitaux, p. 1101). — L'auteur signale les avantages qu'il a retirés de la médication indiquée par le titre.

— *Observations de croup*, par M. Thouvenet (Moniteur des hôpitaux, p. 1099). — M. Thouvenet rapporte sommairement plusieurs observations tirées de sa pratique; il en conclut que la trachéotomie est un moyen efficace dans le traitement du croup.

— *Diphthérite, développée pendant le cours d'une pneumonie double*, par M. Brongniart (Bulletin de la Société anatomique, p. 7).

— *De la prééminence du sulfate de cuivre pour provoquer le vomissement dans le traitement du croup*, par M. Missoux (Bulletin de thérapeutique, t. LV, p. 555). — Ce vomitif vaut mieux que les autres; il est administré à la dose de 0g,25 pour 125 grammes d'eau distillée, chez les petits enfants; chez les adultes, la dose doit être portée jusqu'à 1 gramme. Cette solution est donnée par cuillerée à café toutes les dix minutes, jusqu'à production du vomissement. Par ce traitement, M. Missoux n'a perdu que deux malades sur trente affections diphthéritiques.

— *Croup. — Instillation d'une solution de chlorate de soude dans la trachée, après la trachéotomie*, par M. Barthez (Gazette des hôpitaux, p. 233, et Bulletin de thérapeutique, t LIV, p. 461). — On s'est servi d'une solution de 4 grammes de chlorate de soude pour 30 grammes d'eau, que l'on versait dans la canule fréquemment et en très-petite quantité à la fois, quelques gouttes à peine. — Résultats très-encourageants : l'expectoration devenait plus facile, et s'accompagnait, en général, du rejet d'un certain nombre de fragments pseudo-membraneux.

— *Etude sur le traitement médical du croup; emploi du foie de soufre*, par M. Bienfait (Gazette hebdomadaire, p. 866). — On doit rejeter de la thérapeutique du croup tous les médicaments antiplastiques, parce que rien ne démontre que le sang renferme plus de fibrine qu'à l'état normal; au contraire, ce liquide est diffluent. Quant aux indications, voici ce que dit M. Bienfait : « La diathèse diphthéritique, si tant est qu'elle existe, nous est inconnue dans sa nature, partant ne peut donner lieu à aucune indication, si ce n'est celle d'une bonne hygiène, dans l'acception la plus large du mot. — La localisation laryngée, comme première source d'indication, nous offre le travail si

spécial qui préside à la formation de la couche diphthéritique. — Ce travail, comme la diathèse, est inconnu dans sa nature et dans son mécanisme ; mais il se rapproche des inflammations dites de mauvaise nature, si difficiles à définir, mais si bien comprises en général et si riches en bonnes médications topiques révélées par la voie sommaire de l'empirisme. A ce titre, il appelle la double intervention des sédatifs et des substitutifs. — Comme sédatifs, je propose les applications fraîches au-devant du larynx et les fumigations aqueuses. — Comme substitutifs directs, les caustiques portés sur tous les points accessibles ; comme substitutif indirect, le foie de soufre, qui ne me paraît avoir aucune autre action et qui, à la dose où je le donne, y joint le mérite de respecter les organes et les forces du malade. Il est bon de rappeler en passant que, dans les eaux minérales, les sulfureux agissent fortement dans ce sens chez des adultes, et à des doses moins élevées. — Enfin, la couche diphthéritique, seconde indication née de l'état local, réclame, en cas de suffocation, l'emploi des vomitifs, et, s'il y a lieu, de la trachéotomie ou du tubage de la glotte, entre lesquels je n'ai pas à opter ici. Les fumigations aqueuses, en ramollissant les fausses membranes et diminuant leur adhérence, remplissent à ce point de vue un rôle accessoire, mais qui n'est pas à négliger. »

— *Trachéotomie dans le croup*, par M. Leisinger (Gazette médicale, p. 631). — Indication des points traités par l'auteur : le moment de l'opération, le manuel opératoire. Le traitement ultérieur consiste à faire des instillations d'eau tiède, et plus tard d'une solution de nitrate d'argent par la canule.

— *Trachéotomie dans un cas extrême de croup ; guérison*, par M. Stromberg (Gazette médicale, p. 423).

— *Traitement du croup par le quinquina*, par M. Torres (La Espana medica, juillet). — Une observation de guérison, attribuée à une potion avec 40 centigrammes de sulfate de quinine, que l'on a administrée entre les accès de suffocation. Pour l'auteur, l'indication de cette médication se trouve dans l'intermittence des accès.

— *Du traitement du croup*, par M. Luzsinsky (Revue étrangère, p. 140).

— *Cautérisation du larynx à l'aide du cathétérisme dans un cas de croup ; guérison*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 317). — L'observation est la même que celle de M. Gros, déjà publiée.

— *Du larynx, de la trachéotomie et du procédé de M. Loiseau*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 493). — Description minutieuse du procédé de M. Loiseau. Les autres parties de cette leçon ne renferment rien de nouveau.

— *Quatre trachéotomies. — Trois succès. — Une mort*, par

M. Baudin (Gazette des hôpitaux, p. 566). — M. Baudin pense que les résultats de l'opération sont plus favorables dans la campagne que dans les hôpitaux.

— *Neuf trachéotomies. — Quatre succès. — Avantages de la canule de M. Gendron*, par M. Petel (Gazette des hôpitaux, p. 565). — L'auteur insiste sur l'emploi de la canule de M. Gendron, qui est une canule articulée avec deux valves, pouvant glisser l'une sur l'autre.

— *Cautérisation pratiquée par les fosses nasales dans un cas de croup*, par M. Villars (Gazette des hôpitaux, p. 542). — Chez un enfant indocile, auquel on ne pouvait faire ouvrir la bouche, M. Villars eut l'idée de pratiquer des injections par les fosses nasales. Voici le manuel opératoire qui a été suivi : L'enfant étant couché la tête assez basse et inclinée en arrière, la canule d'une seringue à injection, contenant une *très-minime* quantité de liquide (sulfate de cuivre étendu d'eau), fut introduite dans la fosse nasale gauche, et les narines étant rapprochées à l'aide du pouce et de l'index afin que le liquide ne pût s'échapper à l'extérieur, il poussa fortement l'injection pendant que l'enfant pleurait. — Aussitôt le jeune malade fut pris d'une toux très-forte, anxieuse, semblable à celle qui se manifeste lorsqu'on avale de travers. La toux diminua peu après que l'enfant fut mis sur son séant, et que se manifestèrent plusieurs vomissements de matières glaireuses très-épaisses. En même temps éclatèrent plusieurs séries d'éternuments très-forts, et qui subsistèrent après la disparition des autres symptômes. — La guérison de cet enfant n'est pas exclusivement attribuée par l'auteur à ces cautérisations; mais il donne ce moyen comme un adjuvant de ceux que nous connaissons déjà.

— *A propos d'affections diphthéritiques, considérations sur la trachéotomie et sur le procédé de M. Loiseau*, par M. Trousseau (Union médicale, p. 401). — Leçon du professeur de l'Hôtel-Dieu, dans laquelle se trouvent énoncés quelques préceptes bien connus de nos lecteurs.

— *Observation de croup. — Tubage de la glotte, saignée, analyse du sang, trachéotomie, anasarque, épanchement pleurétique*, par M. Créquy (Union médicale, p. 525). — L'observation a été recueillie dans le service de M. Barthez. — Un enfant âgé de dix ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, entre dans le service de M. Barthez, le 23 septembre dernier, avec tous les symptômes d'une diphthérite pharyngée et laryngée. Il existe dans le fond de la gorge, sur les amygdales et les piliers du voile du palais, des plaques pseudo-membraneuses disséminées sous forme d'îlots; un ganglion sous-maxillaire est engorgé; l'enfant éprouve une oppression assez vive; il existe du sifflement laryngo-trachéal. — La toux et la voix sont rauques. — L'état de

la gorge fournit une indication formelle : la cautérisation des parties malades ; celle-ci est pratiquée séance tenante. — L'indication d'ouvrir une voie artificielle au passage de l'air est moins urgente. On se contente d'élargir le canal naturel à l'aide d'un tube d'argent, dont le calibre est supérieur à celui du larynx, rétréci par des fausses membranes. — Cette opération est pratiquée sans grande difficulté ; mais, au lieu de produire le résultat espéré, l'asphyxie augmente, même alors que la canule a été enlevée. M. Bouchut pense que celle-ci est le résultat non d'un obstacle au passage de l'air, mais d'une congestion pulmonaire, et il est ainsi conduit à pratiquer une saignée au malade. — La quantité de fibrine est recherchée, et on trouve qu'elle s'élève à 4,10. — Mais cette thérapeutique trompe encore le médecin dans son attente : un affaissement considérable se joint aux phénomènes d'asphyxie, qui continue ses progrès, et, une heure et demie après que la saignée a été pratiquée, on ne voit plus de salut pour le malade que dans la trachéotomie, et même celle-ci est faite dans des conditions tellement désavantageuses, qu'on n'ose pas espérer la guérison. — Cependant cette opération est suivie des meilleurs résultats : la plaie faite à la trachée est parfaitement cicatrisée, et on signe l'exeat de l'enfant. — Mais la maladie diphthéritique n'a pas perdu droit de domicile, et probablement, sous l'influence d'un refroidissement, si fréquent dans cette saison, elle produit une anasarque et un épanchement pleurétique qui guérissent sous l'influence d'une médication purgative.

— *Trachéotomie ancienne*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 343). — Cette trachéotomie a été pratiquée, il y a un an, pour une lésion qu'il est difficile de déterminer. Le malade (dix-huit ans) est obligé de porter continuellement la canule. — Citation d'autres exemples analogues. — M. Guersant pense que les phénomènes d'asphyxie qui se montrent quand la canule est retirée tiennent à un rétrécissement du larynx.

— *Du traitement consécutif à la trachéotomie*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 385). — Dans cette leçon, le professeur insiste sur l'emploi de la cravate de laine, sur la cautérisation de la solution de continuité, la nutrition de l'enfant, etc.

— *Trachéotomie dans les cas de croup, de laryngite chronique et de corps étrangers*, par M. Spence (Edinb. med. Journ., et Gazette hebdomadaire, p. 320). — Ce travail comprend dix cas de trachéotomie, dont cinq pour le croup (2 morts), deux pour la laryngite chronique (1 mort), et trois pour des corps étrangers engagés dans les voies respiratoires (2 morts).

— *Rétrécissement de la trachée-artère donnant lieu à des symptômes qui firent croire à un œdème de la glotte. — Trachéotomie. — Mort*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux,

p. 584). — Cette observation montre des accidents syphilitiques développés dans la partie inférieure de la trachée, un rétrécissement cicatriciel impossible à diagnostiquer dans l'état actuel de la science. — M. Chassaignac rapporte à ce propos un fait analogue.

— *Ulcérations de l'extrémité inférieure de la trachée chez une femme syphilitique. — Traitement mercuriel. — Rétrécissement cicatriciel cause d'angine trachéale. — Trachéotomie. — Mort*, par M. Moissenet (Union médicale, p. 510). — Une femme syphilitique atteinte d'angine laryngo-trachéale est soumise à un traitement mercuriel qui, au lieu de diminuer le nombre, la durée et l'intensité des accès, ne fait que les augmenter chaque jour davantage. Le dernier accès, après douze heures de durée, pendant lesquelles divers moyens médicaux sont appliqués sans succès, est traité chirurgicalement par la trachéotomie sans la moindre amélioration. Sept heures après l'opération, la malade meurt tout à coup. — L'autopsie fait découvrir, à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation des bronches, un rétrécissement considérable de la trachée, consécutif à des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation, après destruction de plusieurs cerceaux cartilagineux.

— *Aphonie intermittente revenant chaque année à la même époque, et se prononçant tous les jours à midi précis, pendant un temps qui varie de trois à sept mois*, par M. Vrennes (Gazette des hôpitaux).

— *Du rapport des altérations de la voix avec les lésions des organes de la phonation*, par M. Lambert (Thèses de Paris, n° 76).

— *Respirateur artificiel*, par M. Simonot (Académie de médecine, 12 octobre). — M. Simonot lit une note sur un instrument de son invention qu'il nomme *respirateur artificiel*, et sur ses applications à l'asphyxie diphthéritique et aux asphyxiés en général. « Les bases de construction de cet instrument, dit l'auteur, sont les suivantes : Isolement absolu des courants inspiratoire et expiratoire ; — dosage aussi précis que possible de ces mêmes courants ; — sensibilité et régularité des mouvements impulsifs et expulsifs ; — abstention de tout métal oxydable dans la construction ; — protection de l'instrument contre l'afflux des liquides que pourrait appeler au dehors le courant expiratoire ; — possibilité de varier à volonté les conditions thermométriques, hygrométriques et thérapeutiques de l'air inspiré ; — contrôle des influences qualificatives subies par le même air, au moyen d'un examen comparatif de l'air expiré. » — A l'aide de cet instrument, M. Simonot se propose de remplir les deux indications suivantes : 1° Assurer l'aération des poumons, et 2° rétablir le jeu des puissances respiratoires. — A cet effet, l'auteur met son instrument en communication avec l'ouverture d'un tube

laryngien ou d'une canule trachéotomique, et à l'aide des deux corps de pompe dont se compose le *respirateur*, il règle à son gré les mouvements d'inspiration et d'expiration.

— *Œdème de la glotte; guérison au moyen du sulfate de cuivre*, par M. Gintrac (Journal de médecine de Bordeaux, janvier). — Un homme de trente-six ans avait les signes graves de l'œdème de la glotte. Une potion, contenant 50 centigrammes de sulfate de cuivre, administrée deux jours de suite, détermina des vomissements nombreux, et la guérison s'ensuivit rapidement.

— *De l'œdème de la glotte*, par M. Jobert (de Lamballe). (Gazette des hôpitaux, p. 277.) — M. Jobert récuse le procédé de M. Loiseau, et emploie exclusivement la trachéotomie dans les cas d'œdème de la glotte. — Il expose les signes de cette affection.

— *De l'œdème de la glotte*, par M. Joseph Ecorchard (Thèses de Paris, n° 31).

— *Traitement de l'aphonie par l'électricité*, par M. Savage (Med. Times et Revue étrangère, p. 64).—Aphonie non inflammatoire, durant depuis un mois. Le docteur Althans appliqua le courant de premier ordre de son appareil d'induction, au moyen d'excitateurs métalliques recouverts de doigts de gants humides, et en localisant le stimulus électrique sur le nerf laryngé inférieur, qui se distribue aux muscles du larynx et concourt à la formation de la voix. — Guérison en trois séances, sans aucun inconvénient.

— *Ulcères des voies aériennes* (Il Filiatre et Revue étrangère, p. 130). — Observations d'ulcères simples et communs, scrofuleux, scorbutiques, syphilitiques et tuberculeux.

— *Des inhalations médicamenteuses, à l'aide d'un appareil nouveau, dans le traitement des maladies des voies respiratoires*, par M. Mayer (Académie des sciences, 11 janvier). — Cet appareil consiste en un ballon de verre de la contenance de 100 grammes environ de liquide, portant à la partie supérieure une tubulure légèrement évasée par laquelle le médicament est introduit, et par laquelle s'introduit l'air extérieur. Un peu plus bas se détache un tuyau cylindrique également en verre, long de 30 à 40 centimètres et aplati horizontalement à son extrémité libre, pour s'adapter à la conformation des lèvres. Avec cet appareil, que l'on tient à la main, et une simple veilleuse, dans le cas où les inhalations doivent être à une température supérieure à celle de l'air ambiant, on obtient aisément tout ce que donneraient des appareils plus compliqués, et la sensation de la main permettra d'apprécier le degré de chaleur, degré que l'on règle d'ailleurs en approchant ou éloignant le ballon de la source calorifique. — Quelques mots sur l'indication de ces inhalations.

— *Un mot sur l'épidémie de grippe qui règne à Paris en ce moment* (Bulletin de thérapeutique, t. LIV, p. 79). — L'auteur,

ennemi des localisations, regarde la grippe comme une *fièvre*. Dans l'épidémie actuelle, on doit être frappé principalement des caractères inflammatoires des accidents, des pneumonies doubles qui surviennent. Le traitement n'a rien de particulier.

— *La grippe et la pneumonie grippales* (études cliniques), par M. Davasse (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, 77 pages).

— *De la grippe*, par M. E. Ferrier (Thèses de Paris, n° 142).

— *De la grippe*, par M. Emond (Thèses de Paris, n° 178).

— *De la grippe ou catarrhe paludéen, et d'un nouveau mode de traitement de cette maladie*, par M. Schaller (Gazette médicale de Strasbourg, 22 mars). — M. Schaller considère la grippe comme d'origine miasmatique et paludéenne ; il propose le sulfate de quinine comme le meilleur remède à opposer à cette affection.

— *Epidémie de grippe*, par M. Duparcque (Gazette hebdomadaire, p. 108). — Quelques mots sur ce que l'auteur a observé.

— *Etudes sur l'anatomie pathologique, les causes et le diagnostic de la dilatation des bronches*, par M. Gombault (Thèses de Paris, n° 148). — M. Gombault rend hommage au mémoire de M. Barth, qu'il regarde comme aussi complet que possible ; il a, de son côté, observé plusieurs cas de dilatation bronchique, et il fait l'histoire de la maladie en citant les observations qui lui sont personnelles et les opinions de ses devanciers. Comme lésions de la bronche, il s'occupe de la dilatation uniforme ou cylindroïde, qui est générale ou partielle, de la dilatation partielle d'une portion de bronche, qui est fusiforme ou ampullaire, et enfin de la dilatation de plusieurs points d'une bronche. La dilatation siége aussi fréquemment à droite qu'à gauche, à la base qu'au sommet. Les connexions avec les parties voisines sont assez variables, suivant le siége et la forme de la dilatation. Les parois de la bronche sont hypertrophiées, et l'hypertrophie porte sur tous ses éléments, principalement sur la muqueuse, qui est enflammée et présente les caractères de l'inflammation. — M. Gombault établit ensuite, dans un excellent tableau, le diagnostic anatomique de la dilatation des bronches avec la gangrène pulmonaire et avec la caverne tuberculeuse. Les symptômes sont exposés avec beaucoup de soin, et le diagnostic entre la dilatation des bronches et la phthisie pulmonaire mérite d'être lu et attentivement étudié. Enfin, M. Gombault regarde comme concourant à la production de la cavité bronchique : 1° L'inflammation chronique de la muqueuse ; — 2° la diminution d'élasticité de cette membrane, et la paralysie des fibres circulaires de Reissessen ; — 3° l'accumulation des produits de sécrétion ; — 4° un rétrécissement dû soit à un pincement de la muqueuse, soit au rapprochement de deux points opposés du tuyau bronchique, par suite d'une phlegmasie plus vive en ce point que partout ailleurs ;

— 5° l'air contenu, qui, ne circulant pas librement, s'échauffe; — 6° enfin des adhérences pleurales, la fixité du poumon, sur lesquelles on a insisté à tort, en les regardant comme une des causes principales de cette affection.

— *De la persistance de la toux après la bronchite, et de l'utilité de la codéine contre ce symptôme*, par M. Dumont (Moniteur des hôpitaux, p. 221). — Le sirop de codéine de Berthé a été prescrit à la dose de trois cuillerées à bouche le soir et la nuit, chez une dame qui ne pouvait supporter les opiacés. Bons résultats, ainsi que chez d'autres malades.

— *Quelques particularités de la constitution épidémique régnante. — De la bronchite*, par M. Gendrin (Gazette des hôpitaux, p. 37). — Observations et leçon sur ce sujet.

— *Quelques considérations sur l'hémoptysie*, par M. L. Preux (Thèses de Paris, n° 287).

— *Hémoptysie survenue dans des circonstances particulières, qui ont rendu difficile le diagnostic de sa cause organique* (Gazette des hôpitaux, p. 233). — Une jeune fille, entrée dans le service de M. Trousseau, affectée de pleuro-pneumonie, a eu une convalescence difficile, avec des symptômes de phthisie pulmonaire : elle a eu tout à coup une hémoptysie foudroyante. A l'autopsie, on a trouvé des tubercules, et l'estomac rempli de sang, comme si cet organe avait été le siége de l'hémorrhagie.

— *Traitement des affections pulmonaires par des injections dans les bronches*, par M. Bennet (Edinb. med. Journ. et Gazette hebdomadaire, p. 711). — Des injections ont été faites par la méthode de M. Green. Il ne peut pas se prononcer encore sur l'efficacité de cette médication. Un malade affecté de bronchite avec asthme s'est bien trouvé d'injections faites avec une solution de nitrate d'argent. Il n'y a pas d'irritation après les injections.

— *Résumé d'une leçon sur la bronchite fétide, caractérisée chimiquement par la présence de l'acide butyrique dans les crachats*, par M. Laycock (Medical Times and Gazette et Gazette médicale, p. 534). — L'étude et l'observation de certains cas de bronchite, remarquables par la fétidité des excrétions bronchiques, ont conduit le docteur Laycock à différencier ces affections de la gangrène des poumons. Leur principal caractère est dans la nature de cette fétidité, qui n'est pas exactement gangréneuse, mais rappelle plutôt l'odeur stercorale ou butyrique. L'analyse chimique lui a montré en outre la présence de cet acide butyrique dans les sécrétions bronchiques. — Ces bronchites, avec altération du produit de sécrétion, ont paru à M. Laycock devoir être rapportées à une perversion du système nerveux, du genre de celles reconnues par M. Cl. Bernard dans ses recherches physiologiques sur l'apparition du sucre dans le sang après la lésion

du plancher du quatrième ventricule. — Les observations rapportées par le professeur Laycock portent en effet sur des cas où les centres nerveux étaient évidemment malades et pervertis par dépression. Dans le premier cas, il y avait *delirium tremens*; dans le second, ramollissement cérébral; le troisième se rapportait à une femme portant traces d'empoisonnement palustre. — Dans ces trois cas, la fétidité des crachats disparut à la suite de l'usage de la strychnine, donnée à titre de tonique névrosthénique.

— *Analyse des travaux modernes publiés sur la percussion et l'auscultation des poumons*, par le docteur P. Niemayer, de Magdebourg. (Schmidt's Gahrbücher, 1858, nº 9.) — Nous ne pouvons que citer cette analyse extrêmement longue, dans laquelle l'auteur suit pas à pas chacun des points litigieux à mesure qu'il les rencontre dans les nombreux ouvrages qu'il examine, ouvrages dont quelques-uns sont eux-mêmes des critiques des travaux antérieurement publiés.

— *Emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque en topique dans les affections broncho-pulmonaires*, par M. Cartwrigths (Gazette hebdomadaire, p. 271). — Aux Etats-Unis, on fait grand usage de l'hydrochlorate d'ammoniaque, employé de la manière suivante : On entoure le thorax de compresses imbibées d'une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, et on les recouvre d'un bandage imperméable à l'air. Ce procédé peut être bon dans les cas où le médicament ne peut être administré par les voies digestives.

— *Sur un cas de pneumonie traitée par l'ergotine*, par M. Thibault (Gazette des hôpitaux, p. 543). — L'auteur a traité la pneumonie par l'ergotine; il regarde ce médicament comme un hémostatique puissant et un excellent sédatif.

— *Du traitement de la pneumonie* (Archives générales de médecine, juillet, p. 88).— Revue critique de plusieurs ouvrages allemands. Pour l'auteur de l'article, il reste établi que les émissions sanguines générales sont vraiment utiles au début de la pneumonie; et qu'associées au tartre stibié, ou plutôt que, préparant l'emploi de l'émétique, elles constituent une excellente médication.

— *Pneumonie.— Son traitement par l'expectation*, par M. Vigla (Journal de pharmacie, janvier). — Dans cet article, M. Vigla se montre partisan de la médecine expectante, tout en disant qu'il ne faut pas renoncer à la saignée, sous peine de priver les malades au moins du soulagement.

— *De la pneumonie des vieillards*, par M. Pasquet (Thèses inaug. de Paris, nº 8).

— *Carnification congestive des poumons*, par M. Labbé (Bulletin de la Société anatomique, p. 358, 1857). — A la suite de

l'observation de M. Labbé, M. Vidal rappelle quelques travaux faits sur cette maladie, et rapporte une observation qu'il a recueillie.

— *Symptômes de la pneumonie (fluxion de poitrine) et de la pleurésie; leur diagnostic différentiel*, par M. Lebas-Déthan (Thèses de Paris, nº 34).

— *Pneumonie ataxique, traitée par le musc*, par M. Trousseau (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, septembre). — Cette observation montre que lorsque, dans la pneumonie, il y a des phénomènes nerveux hors de rapport avec l'intensité et l'âge de la phlegmasie pulmonaire, on doit supposer une susceptibilité toute spéciale du système nerveux, et l'attaquer par le musc à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme dans 80 à 100 grammes de véhicule.

— *Pleurésie chronique unilatérale.— Anasarque consécutive. —Mort*, par M. E. Cruveilhier (Bulletin de la Société anatomique, p. 296, 1857). — Le liquide était transparent et ne contenait aucun dépôt pseudo-membraneux, bien qu'il y eût d'épaisses fausses membranes à la face interne de la plèvre, divisée en plusieurs poches. Il s'est développé des tubercules à la suite de la pleurésie, chez un homme de cinquante-huit ans. L'anasarque ne paraît pas avoir eu d'autre cause que la gêne de la circulation.

— *De la thoracocentèse ou paracentèse thoracique dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus*, par M. Rousseau (Thèses inaug. de Paris, nº 14). — L'auteur, dans la pleurésie aiguë, préconise la thoracocentèse, qui devra être pratiquée au moment où les symptômes inflammatoires intenses ont cessé, et où, tous les traitements ordinaires ayant échoué, l'épanchement pleurétique reste stationnaire ou augmente même. — Avantages de cette opération dans les autres épanchements de la plèvre.

— *De la thoracentèse ou paracentèse thoracique dans le traitement des épanchements pleurétiques*, par M. Clopet (Thèses de Paris, nº 243).

— *Des indications de la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleuraux*, par M. Dubuc (Thèses de Paris, nº 291).

— *De la pleurésie diaphragmatique*, par M. Deloire (Thèses de Paris, nº 120).

— *Traitement de la pneumonie par les préparations cyaniques, ou de l'emploi de l'eau de laurier-cerise dans la pneumonie aiguë franche*, par M. Roche (Besançon, impr. Jacquin, in-8, 21 pages).

— *De la pneumonie granuleuse et tuberculeuse. — Vésicules tuberculeuses dans les poumons*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 314). — Observations et leçon.

— *Pyothorax consécutif à une pleurésie chronique. — Première ponction avec le trocart de M. Landouzy; deuxième ponc-*

tion avec le trépan de M. Sédillot; amélioration après chaque ponction.— Pronostic grave, par M. Landouzy (Union médicale, p. 114, et Gazette des hôpitaux, p. 173). — En terminant une leçon sur l'observation résumée par le titre qu'elle porte, M. Landouzy dit de la ponction de la poitrine : « Inutile, sinon impossible, dans les épanchements aigus, à moins d'une dyspnée exceptionnelle; nécessaire dans les épanchements chroniques séreux, elle est indispensable dans les épanchements purulents. — Promptement curative au début de la chronicité, à moins de diathèse tuberculeuse, elle n'est plus que palliative lorsque les cellules pulmonaires ont été anéanties par une longue compression. — Quant au mode opératoire, je vous conseille, pour la première ponction, mon trocart à double robinet; pour la deuxième, et seulement si l'épanchement est purulent, la trépanation d'Hippocrate et de Sédillot. — Malgré ce que cette dernière méthode peut laisser encore à désirer, c'est celle qui, dans l'état actuel de la science, paraît réunir le plus de chances favorables à la guérison du pyothorax. »

— *Etude sur le diagnostic des épanchements pleuraux*, par M. Micridis (Thèses de Paris, nº 196).

— *Du traitement des épanchements pleuraux par la thoracentèse et les injections iodées*, par M. Baisle (Thèses de Paris, nº 299).

— *Pleurésie simple terminée par la mort*, par M. Vigla (Union médicale, p. 372). — M. Vigla cite ce fait pour prouver que la pleurésie, même quand elle est simple, est une affection grave. La thoracentèse n'a pas été pratiquée, parce que la malade avait eu une hémoptysie dans ses antécédents, et aussi parce qu'il y avait un mouvement fébrile très-intense.

— *Observations de pleurésie diaphragmatique*, par M. Stone (Medical Times, Revue étrangère, p. 28, et Gazette médicale, p. 741). — Le mémoire contient trois observations originales; l'auteur en a consulté neuf autres, et fait les réflexions suivantes : « Chez tous, l'invasion a été soudaine, chez tous elle a été signalée par cela que la douleur a été lancinante; elle variait de siége : chez quelques sujets, elle suivait les cartilages des fausses côtes, pour s'étendre à l'hypocondre, et dans un des cas cités par M. Andral, elle gagnait même la région iliaque; le plus ordinairement, on la rapportait à l'épigastre. Cette douleur n'est pas essentiellement accompagnée de sensibilité extérieure ou s'augmentant par la pression; mais, chez tous les malades, une profonde inspiration ou le mouvement la rendait plus intense. — Chez tous, la physionomie témoignait une grande anxiété, et c'était un des signes les plus notables de la maladie. — Chez tous encore, il y avait orthopnée, avec nécessité de courber le corps en avant. — Dans la majorité des cas, aucune autre position n'était possible, au moins pendant la première période, comme aussi la respira-

tion était toujours très-fréquente et incomplète. Andral signale, dans ces cas, la complète immobilité du diaphragme. — Dans cinq cas, le symptôme dominant était les efforts de vomissement sans résultat et accompagnés de toux violente. Dans trois, la diarrhée avait été abondante ; chez deux, il y avait eu jaunisse.— Le délire, comme symptôme, ne se montra que deux fois : dans un de ces deux faits, les symptômes fébriles généraux s'étaient manifestés avec plus d'intensité qu'on ne s'y attendait ; dans les autres, on reconnaissait tous les symptômes d'une affection cérébrale tout à fait distincte de la lésion pleurale. »

— *Remarques sur les signes d'épanchement dans les maladies thoraciques*, par M. Hudson (The Dublin Quarterly Journal et Gazette médicale, Paris, p. 122). — L'auteur insiste surtout sur l'ampliation du côté malade, qu'il a observée dans la péricardite, la pneumonie, etc.

— *Procédé de M. Beau pour pratiquer la thoracentèse* (Gazette des hôpitaux, p. 354). — Après avoir recommandé au malade de fléchir autant que possible le thorax sur le côté sain, pour faire bomber le côté malade et pour en élargir d'autant les espaces intercostaux, on fixe approximativement l'endroit que l'on veut ponctionner. Il s'agit alors de savoir où est l'espace intercostal ; on le cherche avec le doigt indicateur de la main gauche, et quand on l'a trouvé, on presse avec ce doigt appliqué sur la face palmaire dans la plus grande partie de sa longueur les parties molles dudit espace, de manière que l'indicateur se trouve enchâssé, pour ainsi dire, sur chacune de ses deux faces latérales, dans les deux côtes qui circonscrivent l'espace intercostal. — Dans cette position respective du doigt et de la paroi thoracique, on comprend que la ligne médiane du doigt réponde géométriquement à la ligne médiane de l'espace intercostal ; et, par conséquent, en enfonçant le trocart au-devant du bord libre de l'ongle, et juste vis-à-vis le milieu de ce bord libre, la pointe de l'instrument doit nécessairement tomber sur la ligne médiane de l'espace intercostal, à égale distance par conséquent des deux côtes qui limitent cet espace.

— *Guérison des accès d'asthme par la fumée du tabac* (Gazette médicale de Lyon, p. 401).

— *De l'asthme*, par M. Jouis (Thèses de Paris, n° 289).

— *De l'asthme* (Leçons de M. Trousseau) (Gazette des hôpitaux, p. 477). — Les idées de M. Trousseau sont tellement connues, que nous croyons inutile de les reproduire.

— *De l'asthme et de son traitement*, par M. Viaud Grand-Marais (Thèses de Paris, n° 179). — L'auteur s'est proposé surtout de rechercher quels sont les meilleurs moyens de traitement ; et, pour arriver à ce résultat, il commence par décrire la maladie, dont il rapporte deux observations dans tous leurs détails. Après

avoir énuméré les diverses théories qui ont eu cours dans la science, il adopte celle du spasme. Enfin, il étudie le traitement de l'accès et celui de l'affection elle-même.

— *De l'asthme*, par M. Baudet (Thèses de Paris, n° 166).

— *De l'emphysème du poumon*, par M. Bermont (Thèses de Paris, n° 118).

— *De l'asthme*, par M. Grediano (Thèses de Paris, n° 129).

— *De l'asthme. — Recherches sur la pathogénie de cette affection, considérée principalement au point de vue de ses rapports avec l'histoire physiologique et pathologique des nerfs pneumogastriques*, par M. Pinel (Thèses de Paris, n° 273).

— *Gangrène pulmonaire*, par M. Gintrac (Journal de médecine de Bordeaux).— Observation de gangrène du poumon, que l'on ne peut, suivant l'auteur, attribuer qu'à un excès de l'inflammation.

— *Cas de cirrhose pulmonaire*, par M. Magne (The Dublin hospital Gazette et Gazette médicale, p. 642). — D'après l'auteur, la cirrhose pulmonaire, ou condensation du tissu cellulaire du parenchyme de l'organe, est l'effet d'une inflammation lente avec exsudation intercellulaire des produits plastiques, et non point la conséquence d'une affection tuberculeuse arrêtée dans sa marche.

— *Influence des respirations profondes et accélérées sur les maladies du cœur, du foie et des poumons*, par M. Piorry (Académie des sciences, 1er novembre). — M. Piorry est arrivé, par l'emploi du plessimètre, à reconnaître des différences même très-légères dans le volume des organes, et en particulier dans les oreillettes du cœur. Il a vu que le volume du cœur augmentait quand la respiration était gênée. En faisant faire des respirations profondes et réitérées, il a fait disparaître les accidents tenant à la dilatation du cœur, à l'hypertrophie du foie, à la congestion des poumons.

— *Remarques pratiques sur la valeur séméiotique du bruit de pot fêlé*, par M. Cotton (The Lancet et Gazette médicale, p. 565). — Conclusions : I. Le *vrai* bruit de pot fêlé est, chez l'adulte, un signe certain de l'existence d'une excavation pulmonaire. — II. On peut le rencontrer occasionnellement chez des enfants pleins de santé, ou encore chez de jeunes sujets porteurs d'une bronchite chronique ou d'un emphysème. Enfin, quelquefois encore, peut-il être observé chez de jeunes phthisiques à leur premier degré. — III. On peut le confondre, et cela arrive souvent, avec un autre bruit révélé par la percussion, et qui se rattache à des altérations pathologiques tout à fait différentes. (Il s'agit ici d'un certain bruit appelé par les Anglais *bruit de bois* (*wooden sound*), qui offre sans doute quelque ressemblance lointaine avec le bruit de pot fêlé, quoique plus mat, moins vibrant, et dépourvu de toute résonnance métallique.)

— *Du son amphorique et du son tympanique*, par M. Dobell (Med. Times et Revue étrangère, p. 119). — Le son tympanique indique que la cavité percutée est remplie d'air, mais qu'elle ne communique pas librement avec l'air extérieur; le son amphorique indique que la communication existe largement. — Expérience sur une balle de caoutchouc.

— *Du traitement de la phthisie pulmonaire et de l'action physiologique et thérapeutique des hypophosphites*, par M. Churchill (Académie des sciences, 31 mai). Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 121. — Ce mémoire est fondé sur quarante et une nouvelles observations de phthisie traitée par les hypophosphites alcalins. Les résultats fournis par ces quarante et un cas, dit l'auteur, confirment complétement ce que j'ai déjà écrit sur l'efficacité de ces préparations. — Je suis en mesure d'affirmer, sauf vérification ultérieure plus étendue, que : 1° contrairement aux opinions reçues, la phthisie traitée par les hypophosphites est d'un pronostic moins grave au troisième degré qu'au deuxième; 2° que la consomption héréditaire, soumise à cette médication, guérit aussi bien que celle qui ne dépend pas d'une telle influence. Ce n'est pas du reste comme moyen curatif, c'est surtout comme prophylactiques que les préparations hypophosphoreuses doivent être employées contre cette affection.

— *Traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites alcalins; nouvelles expériences*, par M. Dechambre (Gazette hebdomadaire, p. 683). — M. Dechambre rapporte avec tous leurs détails douze observations de tuberculeux traités par les hypophosphites. Il lui est impossible d'attribuer à cette méthode de traitement aucune influence sur la marche des tubercules; quant à l'influence sur la santé générale, cette médication a pu, comme beaucoup d'autres médicaments, avoir quelques bons résultats.

— *Phthisie pleurale*, par M. Binard (Archives belges de médecine militaire et Gazette hebdomadaire, p. 463). — Une observation de tubercules ayant envahi les poumons et la plèvre.

— *Inefficacité des hypophosphites de soude et de chaux dans le traitement de la phthisie pulmonaire*, par M. Vigla (Journal de pharmacie). — M. Vigla annonce dans cet article que vingt malades ont été soumis par lui au traitement préconisé par M. Churchill, sans qu'il ait obtenu la moindre amélioration dans leur état.

— *Du régime alimentaire dans la phthisie*, par M. Champouillon (Gazette des hôpitaux, p. 41). — M. Champouillon cite différentes opinions sur l'alimentation des phthisiques, et parle de certaines substances alimentaires qui ont été préconisées.

— *Considérations sur le traitement préventif de la tuberculisation pulmonaire*, par M. Champouillon (Gazette des hôpitaux,

p. 86). — L'auteur insiste sur l'influence de certaines précautions hygiéniques, le déplacement des malades, les distractions, etc.

— *Vaste caverne du poumon*, par M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 49). — Les symptômes ont été différents à mesure que la caverne se formait et augmentait de volume.

— *Immunité de la phthisie chez les mineurs occupés à l'extraction de la houille*, par M. François (Bulletin de l'Académie belge, t. XVI). — Il résulte d'observations faites pendant un grand nombre d'années que les ouvriers mineurs sont atteints d'anémie, d'asthme, d'emphysème pulmonaire, de bronchorrée, d'expectoration carbonacée, d'affections de la tête, et meurent en général prématurément; mais qu'ils sont exempts de phthisie à un degré remarquable, alors que leurs proches ne jouissent pas d'une pareille immunité.

— *Phthisie pulmonaire; sa cause et son traitement*, par M. Cornac (Gazette des hôpitaux, p. 231). — L'auteur pense que la phthisie reconnaît toujours pour cause la respiration d'un air vicié; on peut non-seulement prévenir, mais encore guérir la phthisie en faisant respirer un air pur.

— *De l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes*, par M. Garnier (Académie de médecine, 7 septembre). — Le travail de M. Garnier se termine par les conclusions suivantes : 1° L'influence de l'atmosphère maritime sur la tuberculisation ne s'exerce pas uniformément partout où elle règne; elle varie suivant les conditions climatériques des pays et des lieux. — 2° Elle est très-manifeste dans les hôpitaux maritimes de Toulon, de Madère, et dans plusieurs lieux situés sur la Méditerranée. — 3° Elle est nulle dans les autres hôpitaux maritimes de France.

— *Sur un mode particulier de transmission par hérédité de la diathèse tuberculeuse*, par M. Contaret (Gazette médicale de Lyon, p. 219). — L'auteur rapporte une observation, de laquelle il tire les propositions suivantes, qui lui semblent appeler de nouvelles recherches : 1° Les tubercules peuvent sauter une génération, en se transmettant par des parents, qui ne sont que des intermédiaires, non tuberculeux; — 2° Dans ces cas, il semble que la vitalité des enfants soit en raison directe de leur rang de naissance; — 3° Si la fécondité de ces mères malheureuses ne s'épuise pas, elle n'aboutit souvent qu'à des gestations incomplètes et des avortements répétés; — 4° Enfin, il serait extrêmement utile d'être fixé sur ce point, pour prévenir, s'il était possible, par le célibat, un mode particulier de propagation de la diathèse tuberculeuse.

— *Recherches pour servir au diagnostic du premier degré de*

la phthisie pulmonaire, par M. Bourgade (Archives générales de médecine, novembre, p. 531). — L'auteur pense que la *respiration saccadée* est le premier signe physique de la production des tubercules. A l'appui de cette opinion, il rapporte plusieurs observations. Il ne croit pas que cette altération du murmure respiratoire tienne aux adhérences du sommet du poumon ; il l'attribue plutôt à la dilatation inégale des cellules pulmonaires, envahies par le tubercule. Après avoir étudié les caractères de la respiration saccadée, il limite ainsi la valeur que ce signe doit avoir : — Pour établir d'une manière certaine la diagnostic d'une lésion tuberculeuse pulmonaire, il est nécessaire d'invoquer le concours de deux ordres de signes : les signes *physiques* locaux, qui indiquent le siége, l'étendue, la forme, le degré de la lésion, et les signes *rationnels et généraux*, qui démontrent principalement sa nature. — Dès lors, s'il arrive que chez un malade on observe les signes rationnels et généraux d'une affection tuberculeuse commençante, et qu'en même temps l'exploration de la poitrine fasse découvrir l'existence de la respiration saccadée, indice *physique* de la lésion, je crois que dans ce cas et avec le concours de ces deux ordres de signes, on pourra conclure avec certitude à l'existence d'une phthisie commençante.

— *Vaste caverne pulmonaire*, par M. Marey (Bulletin de la Société anatomique, p. 8). — Exemple de caverne tuberculeuse occupant presque tout le poumon gauche, et de date ancienne, à en juger par l'organisation de ses parois. Le poumon du côté droit ne renfermait pas de tubercules : la malade a succombé à une bronchite capillaire.

— *Traitement prophylactique et curatif de la phthisie pulmonaire par un exercice gymnastique particulier*, par M. Davis (The Amer. med. Monthly, mars, et Gazette hebdomadaire, p. 358). — La cause essentielle de la phthisie pulmonaire, c'est l'insuffisance de l'inspiration. Il faut lui opposer la respiration mécanique, sans contractions musculaires, en faisant élever les bras et les fixant dans cette position.

— *Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales*, par M. de Puisaye (Union médicale, p. 48). — Conclusions : 1° Les eaux minérales sulfureuses sont impuissantes à guérir la diathèse tuberculeuse ; — 2° la médication sulfureuse a une influence réelle, efficace, contre les maladies qui compliquent la tuberculisation pulmonaire : œdème, engouement, pneumonie chronique, état catarrhal, tels sont les états anatomo-pathologiques susceptibles de disparaître par l'action des eaux sulfureuses ; — 3° en raison de l'action spéciale des eaux sulfureuses sur les voies respiratoires, celles-ci paraissent devoir être employées avec plus d'avantage dans la deuxième période que dans toute autre ; — 4° enfin, la médication sulfureuse a d'autant plus

d'action, qu'elle s'adresse à des individus d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux.

— *Exposition succincte des causes de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, et des moyens de la combattre*, par M. Flament (Thèses de Paris, n° 297).

— *De l'influence des voyages sur la phthisie pulmonaire (pneumophymie)*, par M. Delmas (Thèses de Paris, n° 103).

— *Dernières heures de Rachel ; lettres qui lui ont été adressées sur sa maladie.—Examen des diverses médications préconisées contre la phthisie pulmonaire*, par M. Tampier (Paris, Labé; gr. in-18, 103 pages). — Cet ouvrage contient, dans la première partie, le récit de sderniers moments de Rachel ;—dans la seconde, un recueil des lettres adressées par des personnes étrangères à la médecine ; on trouve dans ces lettres les médications les plus absurdes qu'il soit permis de rêver. Enfin, M. Tampier, dans la troisième partie, donne, sur le traitement de la phthisie, quelques préceptes sages, mais parfaitement connus des médecins.

— *Mémoire sur le traitement et la curabilité de la phthisie pulmonaire par les caustiques*, par M. Rouault (Union médicale, p. 545). — Les caustiques, employés sur la poitrine, paraissent à l'auteur avoir une efficacité incontestable, si les cautères sont appliqués dès le début. — Observations.

— *Essai sur la phthisie aiguë*, par M. Clovis Perruchet (Thèses de Paris, n° 107).

— *Huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire*, par M. Rouget (Gazette des hôpitaux, p. 295). — Efficacité de l'huile de foie de morue dans des cas où toutes les autres médications échouent.

— *Sur l'antagonisme de la fièvre intermittente et des tubercules pulmonaires*, par M. Vigouroux (Thèses de Paris, n° 249). — D'après les idées de M. Boudin, le miasme paludéen constituerait pour la phthisie un moyen prophylactique certain. M. Vigouroux ne partage pas cette opinion ; bien plus, l'intoxication des marais serait, par son action débilitante sur l'organisme, une prédisposition notable à la tuberculisation pulmonaire. A l'appui, il cite des observations, dans lesquelles on voit la fièvre intermittente porter la première atteinte à la constitution; puis, avant qu'elle ait cessé, les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire apparaître.

— *Sur le tubercule*, par M'Cormac (The Dublin Quarterly Journal et Gazette médicale de Paris, p. 137). — L'auteur se propose de démontrer que le tubercule est un produit hétéromorphe, sans analogue dans l'économie, et qu'il est le résultat d'une respiration insuffisante.

— *Phthisie pulmonaire ; albuminurie ; coloration bronzée de la peau ; altération graisseuse des capsules surrénales*, par

MM. Charcot et Vulpian (Gazette médicale de Paris, p. 113). Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 172. — Les auteurs ont examiné les capsules surrénales d'une femme morte de phlegmon diffus, sans coloration bronzée de la peau; ils ont trouvé aussi de la graisse dans les capsules surrénales.

— *Emploi du chloroforme contre les vomissements chez les phthisiques*, par M. Baron (Gazette médicale de Paris, p. 100). — 12 gouttes de chloroforme dans un julep gommeux de 120 grammes, à prendre en vingt-quatre heures. — Ce traitement a été suivi constamment de succès dès le premier jour de son administration; — il s'agit des vomissements provoqués par la toux.

— *Observation d'empyème pulsatile ouvert dans la région lombaire*, par M. Owen Rees (Brit. med. Journ., août, et Gazette hebdomadaire, p. 774). — On voit dans cette observation une tumeur apparaître à la région lombaire, onze mois après une pleurésie guérie, chez un tuberculeux. Du pus avait passé en arrière du diaphragme. On sentait dans la tumeur une fluctuation superficielle et des battements isochrones à ceux du pouls artériel.

— *Empyème pulsatile de la face antérieure de la poitrine, du côté gauche.— Evacuation du foyer avec le trocart.— Rupture spontanée et persistance d'un trajet fistuleux*, par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, t. LIV, p. 551).

— *Observation de vomique phlegmoneuse, suivie de guérison*, par M. de Larue (Bulletin de thérapeutique, t. LV, p. 319). — Exemple de collection de pus dans le tissu pulmonaire; diagnostic difficile; symptômes très-graves; ouverture d'un abcès vers la région externe et inférieure du sein. — Guérison.

— *Note sur un cas de tuberculisation généralisée avec adhérence totale du cœur*, par M. Jaccoud (Bulletin de la Société anatomique, p. 306, et Paris, V. Masson, in-8, 15 pages). — M. Jaccoud, dans son observation, insiste surtout sur l'adhérence du cœur, qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie, qui n'avait donné lieu à aucun de ces symptômes graves dont parlent les auteurs. Il fait, à ce propos, un excellent historique de la question et pense que les symptômes, notés jusqu'à ce jour comme caractéristiques de l'adhérence du cœur, doivent être attribués à d'autres lésions coexistantes.

— *Considérations sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du cœur*, par M. Meynet (Thèses de Paris, n° 126).

—*Cas d'anomalie du cœur.—Oblitération congénitale de l'artère pulmonaire à son origine; communication des deux ventricules; persistance du canal artériel.— Enfant de onze mois; cyanose pendant la vie*, par M. Marey (Bulletin de la Société anatomique, p. 313, 1857). — Ce fait intéressant, bien résumé par le titre qu'il porte, a été le sujet d'un rapport, dans lequel M. Luton a rappelé un certain nombre d'observations analogues.

— *Essai sur les ruptures du cœur*, par M. Elleaume (Moni-

teur des hôpitaux, p. 115, et Paris, Corroz, in-8, 39 pages). — Voici les différentes propositions par lesquelles l'auteur résume son mémoire. — I. Les ruptures du cœur sont toujours symptomatiques d'une affection antérieure. — II. Ces affections sont très-diverses; les plus fréquentes sont : l'apoplexie cardiaque, la dégénérescence graisseuse et sénile du cœur, enfin l'anévrisme vrai du cœur. — III. Les ruptures par violences externes sont plus communes dans le cœur droit que dans le cœur gauche. — IV. Les ruptures par causes internes du cœur gauche sont beaucoup plus fréquentes que celles du cœur droit. — V. La déchirure se fait aussi souvent à la pointe qu'à la base. — VI. L'orifice interne de la rupture est généralement plus petit que l'orifice externe. — VII. La rupture peut avoir la forme d'un canal plus ou moins flexueux; ce canal présente parfois en son centre un renflement plein de sang coagulé. Ces déchirures paraissent être la conséquence d'une apoplexie du cœur. — VIII. La rupture se fait généralement suivant le trajet des fibres musculaires; quelquefois elle est transversale, c'est le propre des ruptures avec ramollissement sénile. — IX. Le plus souvent, la rupture se fait de dehors en dedans. — X. Sur un même cœur, il peut y avoir plusieurs déchirures; quelques-unes peuvent être incomplètes, c'est ce que nous appellerons simplement des éraillures. — XI. Lorsqu'il y a rupture complète du cœur, la mort est presque instantanée. Les observations de ruptures, dans lesquelles il est dit que le malade a survécu plusieurs heures, sont des déchirures incomplètes qui plus tard peuvent devenir complètes. — XII. L'arc cornéal, chez un individu présentant quelques symptômes de maladie du cœur, est un indice d'une dégénérescence graisseuse, et par conséquent d'une prédisposition aux ruptures. — XIII. Il n'y a de traitement possible que pour les ruptures incomplètes.

— *Rupture spontanée du cœur*, par M. Bertin (Bulletin de la Société anatomique, p. 219). — Mort subite chez une vieille femme. Le cœur est chargé de graisse; la rupture siége sur le ventricule gauche; la fente a 3 centimètres d'étendue; son orifice interne est plus large que l'externe; dans un autre point, les fibres du cœur sont écartées, et la séreuse seule oblitère l'ouverture, entourée de sang épanché. Caillots dans le péricarde.

— *Des causes de l'hypertrophie du cœur*, par M. Filaudeau (Thèses de Paris, nº 209).

— *Des rapports de l'hypertrophie du ventricule gauche avec les altérations de l'aorte et de ses branches*, par M. Kirkes (Medical Times and Gazette et Gazette médicale, p. 692). — M. Kirkes constate d'abord qu'il y a une corrélation entre les maladies des reins, l'hypertrophie du ventricule gauche et les altérations des artères. Voici comment il explique ces lésions : « Quand le rein est

malade, la circulation est gênée, et le ventricule gauche s'hypertrophie, pour surmonter la résistance du système artériel. Cette hypertrophie est la cause, et non l'effet, des altérations de l'aorte et de ses branches, parce que l'impulsion plus grande du cœur distend les artères et fatigue les tuniques artérielles, qui s'épaississent et dont la nutrition s'altère. »

— *Sur les relations qui existent entre la maladie de Bright et les affections du cœur*, par M. Bamberger (Union médicale, p. 443). — Dans ce mémoire, M. Bamberger montre la coexistence fréquente de la maladie de Bright avec des lésions du cœur, des poumons, de la rate et du foie. Pour le cœur, les causes de dilatation et d'hypertrophie sont la dégénérescence graisseuse et la mollesse du cœur, l'endocardite et la péricardite fraîches ou anciennes, des callosités myocardiques, la dégénérescence athéromateuse des parois de l'aorte, et de nombreuses maladies des poumons, agissant sur le cœur droit.

— *Dégénérescence graisseuse aiguë du cœur*, par M. Virchow (Archives générales de médecine, septembre, p. 350). — M. Virchow a rencontré deux cas de dégénérescence, survenus chez des individus affectés de péricardite. Cette affection a rapidement entraîné la mort; cette dégénérescence diffère de la dégénérescence chronique que l'on rencontre à la suite des lésions organiques; l'auteur l'explique par la propagation de l'inflammation au tissu musculaire.

— *Mémoire sur l'hypertrophie aiguë du cœur*, par M. Imbert-Gourbeyre (Gazette médicale, p. 788). — M. Imbert-Gourbeyre cite neuf observations, desquelles il tire les conclusions suivantes : 1° Un certain nombre de faits démontrent l'existence de l'hypertrophie aiguë du cœur; — 2° cette hypertrophie appartient surtout à la forme aiguë du mal de Bright; — 3° on l'a rencontrée une seule fois dans un cas de rhumatisme articulaire aigu (Bertin).

— *Traitement stimulant dans la péricardite aiguë*, par M. Todd (Gazette médicale, p. 693). — Partisan du système de Brown, l'auteur traite les inflammations consécutives au rhumatisme par les alcooliques à haute dose (8 onces d'eau-de-vie par jour chez une jeune fille). Le cas qu'il cite ne paraît pas très-concluant en faveur de l'efficacité de cette méthode de traitement.

— *Péricardite terminée fatalement, attribuée à la présence de dents artificielles et d'une plaque dans l'œsophage*, par M. Buity (Charlest. med. Journal, et Revue étrangère, p. 54).

— *Des adhérences du péricarde et de la ponction de cette cavité séreuse dans la péricardite*, par M. Mauriac (Gazette des hôpitaux, p. 150). — Leçon de M. Aran sur un malade qui a succombé à une péricardite. Le diagnostic entre les adhérences du péricarde et l'épanchement de sérosité dans cette cavité est très-

important; quand il y a adhérence, l'impulsion du cœur à la pointe et à la base est sensible à la région péricordiale; la matité, moins absolue, ne dépasse pas les limites d'un cœur hypertrophié; le frottement péricardique peut exister quand les adhérences ne sont pas très-intimes et très-solides. Pour soulager le malade, on a fait la ponction du péricarde et de la plèvre; il n'est pas sorti de liquide, parce que la sérosité, existant en petite quantité, était enkystée. — La ponction du péricarde n'est pas dangereuse; les injections irritantes sont une ressource extrême; mais M. Aran a pu, ainsi que M. Malle, s'assurer de leur innocuité.

— *Des adhérences du péricarde au cœur, de leurs conséquences et de leur diagnostic*, par M. Kennedy (Edimb. med. journal, mai, et Gazette hebdomadaire, p. 647). — L'auteur s'attache à prouver que les adhérences du péricarde au cœur produisent des phénomènes différents, suivant que l'adhérence est générale ou partielle et que le cœur est le siége de lésions diverses. Le diagnostic doit tendre à différencier entre elles ces différentes formes et leurs complications; dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître les adhérences du péricarde, si on n'a pas suivi le malade dans ses antécédents.

— *Aiguille implantée dans la cloison du cœur; libre des deux côtés, elle ne cause pas d'accidents spéciaux*, par M. Piorry (Union médicale, p. 125). — Un homme succombe avec une pneumonie en voie de résolution; pendant la vie, on n'avait constaté aucun bruit anormal dans le cœur, dont les cavités droites étaient dilatées. A l'autopsie, on a trouvé, en examinant le cœur, une aiguille de 1 millimètre de diamètre et de 5 centimètres de long, implantée dans la cloison interventriculaire; la pointe était libre dans le ventricule gauche et le chas dans le droit. Rien d'anormal, si ce n'est un peu de fibrine concrétée au niveau de l'aiguille. Sur la face antérieure du cœur, au niveau du ventricule droit, on voit une tache péricardique indiquant le point par lequel l'aiguille a pénétré dans l'organe.

— *Double rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche et aortique*, par M. Marey (Bulletin de la Société anatomique, p. 135). — M. Marey a trouvé, à l'autopsie d'une vieille femme, un cœur affecté d'un double rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche et aortique, sans qu'on ait jamais pu, pendant la vie de la malade, constater le moindre bruit de souffle. Il y avait différents phénomènes indiquant qu'il existait une maladie du cœur. D'après M. Beau, cette absence de bruit de souffle s'explique par un défaut d'énergie de la systole, par ce qu'il appelle *l'asystolie*.

— *Insuffisance aortique. — Hypertrophie portant principalement sur le ventricule gauche. — Souffle aux deux bruits du cœur. — Autopsie*, par M. Besnier (Bulletin de la Société anatomique, 1857, p. 413).

— *Double rétrécissement, dont l'un congénital, de la crosse de l'aorte; dilatation sacciforme au delà.— Persistance de la perméabilité du canal artériel.— Hypertrophie générale du cœur*, par M. Viaud Grand-Marais (Bulletin de la Société anatomique, 1857, p. 417). — L'observation, résumée par le titre qu'elle porte, est accompagnée d'un rapport de M. Vidal, dans lequel on trouve, entre autres choses, de nombreuses indications bibliographiques.

—*Oblitération de l'aorte.—Changements survenus dans le système artériel. — Mode de rétablissement de la circulation artérielle*, par Jordan et Béraud (Société de biologie et Gazette médicale de Paris, p. 223). — Homme de quarante ans, sur lequel la difformité n'avait pas été soupçonnée pendant la vie. L'aorte, un peu au-dessous du canal artériel, était rétrécie au point de ne présenter qu'un pertuis de 1 millimètre. Son volume, au-dessous, était bien moins considérable qu'au-dessus du rétrécissement. La circulation était rétablie au moyen de dilatations énormes des intercostales supérieures et des mammaires internes.

— *Anévrisme de l'aorte descendante, non diagnostiqué pendant la vie. — Mort à la suite d'une hématémèse foudroyante*, par M. Ball (Bulletin de la Société anatomique, p. 320, 1857).

—*Anévrisme de l'aorte.—Résumé de quelques faits intéressants publiés en Angleterre* (Archives générales de médecine, avril, p. 469). — Dans cet article sont analysés les travaux de Stokes, Walsh, Williamson et Popham. L'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes, puisées dans ces différents ouvrages.

— *Anévrisme du tronc brachio-céphalique traité par la compression des artères carotide et sous-clavière*, par M. Edwards (The Lancet, 9 janvier, et Archives générales de médecine, mars, p. 359). — Il existait, en même temps, un anévrisme de la crosse de l'aorte. La compression a été faite au moyen d'un tourniquet, dont les pelotes portaient sur la sous-clavière et la carotide. Après trois mois, les accidents ont disparu; la malade est bien portante; des tumeurs dures ont remplacé les tumeurs molles et pulsatiles, qui existaient au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite et au-dessus de la fourchette du sternum; l'anévrisme de l'aorte ne paraît pas avoir été modifié. Ces améliorations durent depuis dix mois.

— *Traitement des anévrismes intra-thoraciques*, par M. Tufnell (Dublin med. Press. et Gazette hebdomadaire, p. 628). — La méthode thérapeutique préconisée par M. Tufnell est empruntée à feu Bellingham; c'est une modification du traitement de Valsalva. Les malades sont condamnés au repos le plus absolu, dans le décubitus horizontal, pendant des semaines entières; on ne leur permet de se lever sous aucun prétexte; leurs aliments consistent en 6 onces de boisson et 8 onces de pain, de beurre et de viande; on évite avec soin tout ce qui peut accé-

lérer la circulation, et l'on fait des applications intermittentes de glace sur la tumeur anévrismale. — L'auteur et d'autres médecins irlandais citent des cas dans lesquels ce traitement a paru avoir de bons résultats.

—*Anévrisme de la crosse de l'aorte*, par M. E. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 234).— Cet anévrisme avait amené, par la compression de la trachée, une asphyxie menaçant d'être rapidement mortelle; la mort est arrivée par l'ouverture de l'anévrisme dans la trachée.

— *Anévrisme de la crosse de l'aorte méconnu pendant la vie*, par M. Fauvel (Bulletin de la Société anatomique, p. 79).

— *Anévrisme de la crosse de l'aorte comprimant la trachée-artère et ayant amené la mort par suffocation*, par M. Luton (Bulletin de la Société anatomique, p. 24).

—*Des polypes (concrétions sanguines) artériels*, par M. Legroux (Gazette hebdomadaire, p. 21).—M. Legroux a publié sur les polypes artériels un long Mémoire, dont le commencement a paru en 1857. Un des points les plus intéressants, abordés par l'auteur, c'est l'étiologie; il admet l'obstruation artérielle par suite de caillots tenant à une artérite, et l'oblitération par déplacement, ou *embolie*; il pense aussi que, dans certains cas d'endocardo-artérite généralisée, les deux modes d'oblitération peuvent se produire.

— *Leçon clinique sur un cas de coarctation de la crosse de l'aorte, présumée quasi-congénitale*, par M. Walshe (Gazette médicale, p. 739). —Cette leçon a été faite sur une observation rapportée en entier. Le diagnostic de la lésion et de son siége est établi d'aprés les symptômes, et particulièrement d'après la dilatation, l'impulsion violente et l'état flexueux des artères qui naissent au-dessus de la coarctation, tandis que ces caractères manquent dans les artères qui naissent au-dessous.

— *Anévrisme de l'artère hépatique ouvert dans la vésicule biliaire*, par M. Lebert (Archives générales de médecine, septembre, p. 351).—Hématémèses et selles sanguinolentes, avec un peu d'ictère. — L'anévrisme situé au-devant de la veine porte était gros comme un œuf; la poche était adhérente à la vésicule biliaire, qui communiquait avec l'anévrisme par une petite ouverture.

— *Observation d'un cas de dilatation de l'artère pulmonaire avec déplacement du cœur*, par M. Fuller (British med. journ. et Gazette médicale, p. 597). — Chez un tuberculeux, on avait noté, sur le trajet de l'artère pulmonaire, une forte et vibrante pulsation, et même un murmure correspondant avec le second bruit du cœur. A l'autopsie, l'artère pulmonaire, ainsi que l'aorte, était un peu dilatée; cette lésion est attribuée à ce que le poumon était obstrué par des tubercules.

— *Remarques sur certains cas de persistance du trou de Botal*

chez l'adulte, par M. Ogle (British med. journ. et Gazette médicale, p. 596). — L'auteur a observé un grand nombre de cœurs; il a trouvé que, dans un cinquième des cas, il existait une communication plus ou moins prononcée entre les deux oreillettes. C'était chez des adultes qui n'avaient eu aucun signe local ou général de la persistance du trou de Botal.

— *Persistance du trou de Botal. — Tubercules pulmonaires. —Fort bruit systolique* (British med. journ. et Gazette médicale, p. 595). — L'auteur se demande si le bruit systologique, qu'il a observé pendant la vie chez un enfant phthisique, n'était pas dû à une persistance du trou de Botal qu'il a trouvée à l'autopsie.

— *Rétrécissement considérable de l'orifice de l'artère pulmonaire*, par M. Marey (Bulletin de la Société anatomique, p. 24). — Les valvules sigmoïdes étaient suffisantes; le ventricule droit est hypertrophié; bruit de souffle au premier temps.

— *Sur la mort subite et la mort rapide à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, dans les cas de* phlegmatia alba dolens *et de phlébite oblitérante en général*, par MM. Charcot et Ball (Gazette hebdomadaire, p. 755). — Les auteurs rapportent dans tous ses détails une observation qu'ils ont recueillie et qui a pour titre: « *Phlegmatia alba dolens* post-puerpérale. Mort rapide. Obstruction de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins. » — A cette observation, ils en ajoutent d'autres, pour prouver que la mort peut survenir par suite de l'oblitération de l'artère pulmonaire, par des concrétions fibrineuses, sans qu'il y ait altération des parois du vaisseau. Ces concrétions existent lorsque les malades sont atteintes de *phlegmatia alba dolens*, depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, et si l'œdème douloureux n'a pas existé, on a trouvé à l'autopsie, dans une ou plusieurs veines, le plus habituellement dans les veines du bassin, des caillots fibrineux de date plus ou moins ancienne. L'obstacle siége dans les troncs principaux de l'artère, et les accidents produits sont rapidement mortels. La même lésion et les mêmes phénomènes peuvent être la conséquence de l'oblitération d'une ou plusieurs veines par des caillots anciens, en dehors de l'état puerpéral.

— *De la pathologie de l'artère pulmonaire*, par M. de Buman (Thèses de Paris, n° 54). — Ce travail est très-bien fait; il renferme bon nombre d'observations, et il nous paraît être une histoire assez complète des maladies de l'artère pulmonaire, ainsi que l'on pourra en juger par l'énumération des chapitres suivants : 1° Ruptures et ulcérations; — 2° dilatations; — 3° anévrismes; — 4° compressions ou oblitération par des tumeurs extérieures; — 5° inflammation de l'artère pulmonaire et de ses suites; — 6° rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire; — 7° oblitération de l'artère par des concrétions sanguines, etc.

— *Purpura hemorrhagica congénitale.* — *Apoplexie du thymus*, par M. Péan (Bulletin de la Société anatomique, p. 375, 1857). — Pas d'antécédents chez les parents ou dans la grossesse qui puissent expliquer cette lésion, qui est d'une grande rareté. Les taches existaient sur toute la peau et les muqueuses. Mort en quelques jours.

— *Des variations pathologiques de la fibrine dans le sang*, par M. Parchappe (Gazette médicale, p. 752). — M. Parchappe a publié, en 1857 et 1858, dans la Gazette médicale, une longue étude sur le sang. Dans ce chapitre, il reproduit et discute les analyses du sang dans les maladies où la fibrine est augmentée, et dans celles où elle est diminuée.

— *Recherches sur la transfusion du sang*, par M. Quinche (Thèses de Paris, n° 223).

— *Sur un cas de transfusion du sang*, par M. Weathcroft (Gazette médicale, p. 625). — L'auteur est très-sobre de détails sur le procédé opératoire; le résultat a été aussi satisfaisant que possible.

— *Quelques réflexions sur un cas d'oblitération de la veine cave supérieure*, par M. Claverie (Thèses de Paris, n° 26).

— *Note sur un traitement abortif de la phlébite*, par M. Nonat (Gazette hebdomadaire, p. 469). — M. Nonat pense que les vésicatoires volants constituent la médication la plus efficace que l'on puisse employer, soit dans la phlébite suite de saignée, soit dans la phlébite spontanée des membres

— *Des caillots fibrineux du cœur, comme cause de mort dans les phlegmasies*, par M. Roques (Thèses de Paris, n° 256). — M. Roques étudie les caillots fibrineux dans le cœur; il pense qu'ils peuvent se former durant la vie, qu'ils se montrent dans des maladies différentes, ayant cependant cette analogie entre elles, que la quantité de la fibrine est absolument ou relativement augmentée. La formation des caillots est la cause de morts rapides ou imprévues.

— *Compte rendu des différentes applications de la méthode hémospasique faites en Algérie*, par M. Junod (Académie des sciences, 14 juin, et Paris, J.-B. Baillière, in-8°, 16 pages). — Cette méthode consiste, comme on le sait, dans l'application des grandes ventouses. — L'auteur rapporte deux séries d'observations : les unes relatives à des affections externes et sporadiques, les autres aux affections intermittentes. — En tête des bienfaits de cette thérapeutique substitutrice, se place : 1° Une puissante ressource pour combattre les congestions viscérales et les engorgements organiques qui surviennent si fréquemment, surtout à la suite des accès longtemps répétés; — 2° dans les accès ordinaires, on calme toujours instantanément le malade, quelles que soient les douleurs qu'éveillent le paroxysme et la période pyrétique. Pour

obtenir plus sûrement ce résultat, il faut quelquefois pousser la dérivation jusqu'à rendre le pouls imperceptible.— Il est surtout une catégorie particulière d'affections endémiques algériennes, dans lesquelles la méthode hémospasique est évidemment appelée à rendre les plus grands services. Ce sont ces cas de fièvres rebelles, persistantes, caractérisées par une véritable période chronique ou une interminable convalescence, pendant lesquelles les voies digestives, fatiguées par la maladie et des traitements actifs et prolongés, ne peuvent plus supporter la médication quinique. Détourner, chez ces malades épuisés, les congestions viscérales que la débilitation rend d'autant plus dangereuses, est une indication rationnelle.

— *Essai sur la congestion cérébrale*, par M. Mosmant (Thèses de Paris, n° 153).

—*Du vertige stomacal*, par M. Blondeau (Archives de médecine, septembre, p. 257). — Le vertige stomacal se montre quelquefois dans les affections organiques de l'estomac, mais le plus souvent dans la dyspepsie essentielle. Après avoir montré la solidarité qui existe entre l'estomac et le cerveau, l'auteur reconnaît les vertiges *ab inedia*, analogues à ceux qui se produisent dans l'abstinence et que l'on rencontre chez les individus dont les forces digestives ne peuvent suffire à une nutrition suffisamment réparatrice, et les vertiges *à crapula*, dont le type le plus élevé serait celui qui se produit sous l'influence d'un état de plénitude de l'estomac. — M. Blondeau rapporte plusieurs exemples des vertiges de la première espèce ; il montre que les sensations éprouvées par les malades sont différentes (douleur, sensation de vide, de cercle de fer autour de la tête, etc.); il insiste sur cette circonstance que ces symptômes, frappant les malades plus que les phénomènes gastriques, sont tout d'abord, et quelquefois, les seuls accusés. Le médecin doit avoir l'attention éveillée sur ce point. Ce vertige accompagne fréquemment les convalescences. Il faut le distinguer du vertige *à crapula*, vertige de l'indigestion; ce qui est facile. — Le traitement doit s'adresser à la dyspepsie.

— *Enorme épanchement de sang dans le cerveau sans symptômes de paralysie.— Discussion sur la compression cérébrale*, par M. Després (Gazette des hôpitaux, p. 203).— La discussion à la Société de chirurgie a porté sur la possibilité des hémorrhagies cérébrales sans paralysies. — Dans l'observation, le caillot sanguin existait depuis plusieurs jours.

— *Observation d'apoplexie embolique par détachement du coagulum fibrineux d'un anévrisme de la carotide*, par M. Esmarch (Union médicale, p. 406). — Un homme de trente-sept ans était affecté d'un petit anévrisme de la carotide primitive; le médecin faisait quelques tentatives pour réduire la tumeur, lorsque le malade fut pris subitement d'hémiplégie droite, avec

paralysie du côté droit de la face, et mourut quatre jours après. — A l'autopsie, on trouva dans le cerveau, à gauche, dans le corps strié et la couche optique, un détritus mou, gris-jaunâtre. L'extrémité de la carotide interne, l'artère sylvienne, l'artère ophthalmique, contenaient un caillot solide dont le bout inférieur s'adaptait au bout supérieur d'un caillot, existant dans la carotide primitive et au commencement de la carotide interne.

— *Examen de la question du danger de la saignée dans l'apoplexie cérébrale*, par M. Joire (Gazette des hôpitaux, p. 386). M. — Joire s'élève contre l'opinion, énoncée dans ces derniers temps, que les émissions sanguines dans l'apoplexie cérébrale, non-seulement ne sont pas utiles, mais encore sont nuisibles.

— *Apoplexies guéries sans émissions sanguines*, par M. Bourgeois (Gazette des hôpitaux, p. 603). — L'auteur rapporte trois observations, et ne les fait suivre d'aucune réflexion.

— *Danger de la saignée dans l'apoplexie cérébrale*, par M. Liégard (Gazette des hôpitaux, p. 571). — M. Liégard pense que, dans les cas d'*apoplexie sanguine*, la saignée peut avoir de bons résultats ; mais que les émissions sanguines sont nuisibles, dans l'*apoplexie séreuse*, dont l'existence est aujourd'hui bien démontrée. Le diagnostic peut être établi et la dernière forme est le plus souvent observée chez les sujets âgés, lymphatiques, à fibres molles, chez les femmes surtout, chez les malades exposés aux privations de la misère. Dans ces cas, dit M. Liégard, aux premiers moyens indiqués ci-dessus (position élevée de la tête, sinapismes, compresses froides), j'ajoute immédiatement l'usage d'une préparation ferrugineuse et le plus ordinairement celle du perchlorure de fer à 30 degrés, 30 gouttes dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerées dans la journée ; puis viennent ici encore les lavements purgatifs, quelquefois les vésicatoires, et l'émétique lorsqu'il y a état saburral prononcé.

— *Hémiplégie double, successive.— Guérison partielle suivie d'une seconde attaque du côté opposé ; guérison définitive*, par M. Cooper Rose (Gazette médicale, p. 693).

— *Note sur une paralysie peu connue de certains muscles de l'œil, et sa liaison avec quelques points de l'anatomie et de la physiologie de la protubérance annulaire*, par M. Achille Foville (Bulletin de la Société anatomique et Gazette hebdomadaire, p. 721). — Après un court historique de la question des hémiplégies alternes, telle qu'elle ressort des travaux de MM. Millard, Forget et Gubler, l'auteur rapporte une observation qui lui a permis de pousser plus loin l'induction relativement à certains points de l'anatomie et de la physiologie de la protubérance, et leur influence sur les mouvements du globe de l'œil. — Chez un malade qui, à la suite d'une attaque subite d'apoplexie,

avait rapidement repris l'usage des sens et de l'intelligence, mais qui avait conservé une hémiplégie alterne caractérisée par la paralysie du côté gauche de la face et celle des membres du côté droit, chez lequel, par conséquent. il y avait tout lieu de présumer une lésion limitée à la moitié gauche de la protubérance annulaire, M. Foville a pu constater que, tandis qu'à tous les autres égards les mouvements des globes oculaires étaient intacts, ceux qui portant l'œil gauche en dehors et l'œil droit en dedans assurent la vision à gauche étaient complétement abolis; en d'autres termes, qu'il existait une paralysie limitée aux muscles droit externe gauche (abducteur de la pupille), et droit interne (droit adducteur), c'est-à-dire, paralysie du nerf de la sixième paire à gauche et d'une branche de la troisième à droite. — La lésion diagnostiquée expliquait facilement la paralysie du nerf de la sixième paire à gauche, puisque dans son trajet profond et à son origine apparente ce nerf est accolé au tronc du facial? Mais était-il possible de rapporter à la même altération de tissu la paralysie limitée à une branche du nerf de la cinquième paire à droite. L'auteur rappelant, comme cela résulte des travaux de MM. Vulpian et Philippeaux, que le tronc de la troisième paire à droite fait suite à un grand nombre de fibres radiculaires qui traversent toute la ligne médiane avant de le constituer, qui, par conséquent, proviennent toutes du côté gauche de l'encéphale et qui s'épanouissent en éventail, en sorte qu'on peut les suivre : les unes directement en dehors dans le pédoncule, les autres en avant dans l'hémisphère, d'autres enfin en arrière, jusque dans la profondeur de la protubérance, en conclut que ces dernières, les seules qui aient pu être atteintes par la lésion cause de l'hémiplégie alterne, doivent être spécialement destinées au muscle droit interne droit, seul paralysé dans l'espèce. Il en résulterait que, dans chaque moitié latérale de la protubérance, existerait un centre d'innervation commune aux muscles droit externe du même côté et droit interne du côté opposé, c'est-à-dire aux muscles dont les mouvements synergiques font regarder à droite ou à gauche, mécanisme comparé par M. Foville à celui par lequel l'homme qui conduit deux chevaux tient dans chaque main les rênes qui, faisant tourner en dehors le cheval du même côté, en dedans celui du côté opposé, assurent l'harmonie de leurs mouvements d'ensemble. Si de nouveaux faits viennent confirmer cette hypothèse, on aura une explication réellement physiologique d'un fait jusqu'ici inexpliqué : l'action synergique de deux muscles qui, bien qu'anatomiquement antagonistes et animés par deux nerfs différents nés des deux côtés opposés de la ligne médiane, concourent néanmoins à l'accomplissement d'un seul et même acte, la vision à gauche ou à droite. — Toutes ces explications sont très-ingénieuses et nous montrent

que M. A. Foville possède à un haut degré les éminentes qualités qui distinguent l'auteur de l'*Anatomie du système nerveux*.

— *Mémoire sur les paralysies alternes en général, et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire*, par M. Gubler (Gazette hebdomadaire, 1858-1859) Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 132. — Dans un travail précédent (*De l'Hémiphlégie alterne*, Gazette hebdomadaire, octobre 1856), M. Gubler a établi que l'hémiplégie occupant les membres d'un côté et la face de l'autre est un signe de lésion de la protubérance annulaire. — Dans son mémoire actuel il apporte, à l'appui de cette doctrine, plusieurs observations nouvelles, les unes inédites, les autres empruntées à diverses publications récentes ou anciennes ; il précise, avec plus de rigueur et d'exactitude, le diagnostic différentiel des lésions des diverses régions de la protubérance, et prémunit contre les chances d'erreur qui pourraient faire attribuer à une altération de cet organe des paralysies à siége alterne, il est vrai, mais à causes multiples et indépendantes les unes des autres. — Après avoir ainsi traité *in extenso* de l'hémiplégie alterne, l'auteur étend cette doctrine aux paralysies alternes en général, qui, lorsqu'elles dépendent d'une cause unique, reconnaissent toutes, pour condition anatomique, l'entre-croisement déjà effectué de certaines origines nerveuses, alors que les faisceaux moteurs et sensitifs destinés à d'autres parties n'ont encore subi aucune décussation. Les lésions capables de semblables effets sont celles du mésocéphale, et la paralysie sera directe pour les régions supérieures, croisée pour les régions placées au-dessous. — Ces cas sont déjà confirmés par deux observations dues à M. Luton et à M. Bonnefin, et dans lesquelles une paralysie directe de la troisième paire et croisée des membres de la face tenait à une lésion du pédoncule cérébral du même côté que le moteur oculaire commun affecté.

— *Hémiplégie alterne sans lésion de la protubérance annulaire* (service de M. Trousseau) (Gazette des hôpitaux, p. 245). — Hémiplégie alterne chez une jeune femme ; à l'autopsie, on trouve un ramollissement du cerveau, plus marqué à droite, une hémorrhagie méningée dans l'espace interpédonculaire. — Pas de lésion de la protubérance. — Pour expliquer ce fait, M. Trousseau admet l'opinion de Stilling, qui dit que les fibres des nerfs de la septième paire, arrivées à la substance grise, près de la ligne médiane, se recourbent en partie pour se porter vers la région antérieure du pont de Varole, et qu'il existe aussi des fibres commissurales entre les deux nerfs faciaux. Quelle que soit l'interprétation, dès que la lésion existait au-dessus de la protubérance, ce fait paraît prouver que l'hémiplégie alterne ne peut être regardée comme un signe absolu des lésions de la protubérance annulaire.

— *Hémiplégie ancienne et kyste tubo-ovarien.—Électricité*, par M. Van Holsbeek (Journal de médecine de Bruxelles).— L'hémiplégie, chez une femme de vingt-un ans, datait de l'enfance; elle avait amené l'atrophie des deux membres du côté paralysé. L'électricité a été appliquée sur tous les muscles pendant six mois. Il y a une amélioration qui permet à la malade de se servir de son bras et de sa jambe. — La même femme avait un kyste qui paraît avoir guéri spontanément.

— *Hémiplégie du même côté que la lésion cérébrale*, par M. Eade (The Lancet et Gazette médicale, p. 614).— L'auteur, après avoir rapporté l'observation (ramollissement cérébral du côté gauche), s'attache à prouver que, dans ce cas, l'influence exercée sur les membres était directe au lieu d'être croisée.

— *Ramollissement cérébral apoplectiforme chez un sujet syphilitique*, par M. Gubian (Gazette médicale de Lyon, p. 342).—Chez un jeune homme syphilitique, on a observé une hémiplégie complète, bientôt suivie de la mort. On a trouvé dans le cerveau un point diffluent qui n'est pas en rapport avec les symptômes. L'auteur se demande si c'était un ramollissement syphilitique, ou bien si le malade est mort d'apoplexie nerveuse.

—*Apoplexie nerveuse*, par M. Picard (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février). — Le même journal a récemment publié une observation d'apoplexie nerveuse foudroyante, dans laquelle le diagnostic avait été porté après la mort, d'après l'intégrité du cerveau et de ses enveloppes. M. Picard a publié plusieurs cas, dans lesquels on voit des hommes qui ont présenté les symptômes de l'apoplexie nerveuse, avoir succombé en réalité à l'urémie. L'auteur en conclut qu'il est très-important, dans ces circonstances, d'examiner les urines, parce que le traitement doit être différent.

— *Apoplexie nerveuse foudroyante*, par M. Widal (Gazette des hôpitaux, p. 30).— Un homme, jeune encore et d'une très-forte constitution, succombe à des phénomènes cérébraux (convulsions, éblouissements, mort en vingt minutes). A l'autopsie, on a constaté une parfaite intégrité des méninges et du cerveau.

— *Trois nouvelles observations de cancer du cerveau*, par M. Auzouy (Gazette des hôpitaux, p. 322). — Outre la relation des trois faits, cet article contient quelques considérations sur la rareté du cancer du cerveau, la difficulté du diagnostic et l'impuissance du traitement.

— *Paralysie, suite d'apoplexie cérébrale.— Seigle ergoté*, par M. Laforêt (Journal de médecine de Toulouse, mars). — Seigle ergoté, 50 centigrammes jusqu'à 1 et 2 grammes, dans quelques cuillerées d'eau. — Dans les trois observations rapportées par l'auteur, l'amélioration a coïncidé avec l'administration du médicament.

— *Abcès gangréneux, avec ramollissement du cerveau, consécutif à une affection de l'oreille interne*, par M. Blondeau (Bulletin de la Société anatomique, p. 271). — Une carie des osselets de l'ouïe a amené une suppuration ; le pus s'est fait jour à travers une petite fissure, a déterminé un abcès sous la dure-mère, puis une perforation de cette membrane, et en définitive l'inflammation du cerveau et la mort.

— *Abcès du cerveau et de la paupière supérieure droite*, par M. Rossier (Echo médical, janvier). — Jeune homme ; mort rapide, avec de la céphalalgie intense et du délire. L'abcès du cerveau siégeait à la base, à droite, près du bulbe olfactif. — Pas de cause bien évidente.

— *Observation d'encéphalite aiguë suppurée*, par M. Socquet (Gazette médicale de Lyon, p. 440). — Cette observation est surtout remarquable par l'absence de manifestation symptomatique bien marquée, avec des désordres graves révélés par l'autopsie.

— *Tumeur fibreuse du chiasmos des nerfs optiques*, par M. Pana (Bulletin de la Société anatomique, p. 279). — Le jeune homme, qui fait le sujet de cette observation, avait perdu le sens de la vue, toutes les autres fonctions étant intactes, ainsi que la motilité et la sensibilité générale ; il est mort avec des convulsions. On a trouvé du tissu fibreux proprement dit, ayant envahi le chiasmos des nerfs optiques et le *tuber cinereum*, remplissant tout le troisième ventricule, avec une hydropisie des ventricules.

— *Tumeur des os du crâne comprimant le cerveau*, par M. Toler (The Dublin hosp. gaz. et Gazette médicale, p. 642). — Phénomènes de paralysie ; guérison par les préparations iodées.

— *Tumeur cérébrale diagnostiquée pendant la vie*, par M. Rostan (Gazette des hôpitaux, p. 485). — Troubles de la motilité, de la sensibilité et de la parole, avec conservation de l'intelligence. — M. Rostan pense qu'il y a une tumeur dans le crâne, mais qu'elle n'intéresse pas l'encéphale. L'autopsie montre une tumeur sanguine comprimant le bulbe.

— *Céphalée traumatique ancienne guérie par l'hydrothérapie*, par M. Tartivel (Progrès, t. II, p. 289).

— *Hémorrhagie méningée ancienne*, par M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 48). — Pièce d'anatomie pathologique, montrant de chaque côté de la faux du cerveau un kyste doublant la dure-mère, à parois épaisses, contenant du sang épaissi et noir. Le malade n'avait aucun signe indiquant cette lésion de date ancienne.

— *Méningite tuberculeuse*, par M. Lesueur (Journal de médecine et de chirurgie pratiques). — M. Lesueur rapporte cinq observations de méningites tuberculeuses, traitées au moyen des

frictions avec la pommade de Hahn (tartre stibié, 15 grammes, pour axonge, 30 grammes). — Trois guérisons.

— *Méningite granuleuse*, par M. Fontony (Gazette des hôpitaux, p. 278). — L'auteur, par une observation qu'il rapporte, veut démontrer que les frictions avec la pommade de Hahn sont très-efficaces dans la période de collapsus.

— *Méningite aiguë compliquée d'éclampsie et de catalepsie*, par M. Elleaume (Gazette des hôpitaux, p. 83).

— *Rhumatisme cérébral; guérison*, par M. Moutard-Martin (Gazette des hôpitaux, p. 389, et Union médicale, p. 382). — La guérison, dans ce cas, a été en grande partie attribuée au traitement qui a consisté en une application de sangsues derrière les oreilles (12 sangsues appliquées une à une), en même temps que les articulations malades étaient recouvertes de larges vésicatoires.

— *Rhumatisme cérébral. — Marche excessivement rapide. — Terminaison funeste, malgré l'emploi du traitement par l'émission sanguine locale, continue, combinée avec les dérivatifs énergiques*, par M. Pipet (Gazette des hôpitaux, p. 414).

— *Rhumatisme cérébral*, par M. Petit (Gazette des hôpitaux, p. 437). — La mort a été rapide, malgré les émissions sanguines (sangsues), des vésicatoires et l'urtication des membres inférieurs.

— *Rhumatisme ataxique*, par M. Vigla (Union médicale, p. 166). — En l'absence fréquente de lésions appréciables à l'autopsie, quand les malades ont succombé à un rhumatisme cérébral, M. Vigla voudrait qu'on reconnût l'existence du rhumatisme ataxique, comme on a déjà la pneumonie ataxique, etc. On voit par là quelle idée M. Vigla se fait de la nature du rhumatisme cérébral. Il cite deux observations, dans lesquelles la mort est arrivée rapidement. Pas d'autopsie.

— *Rhumatisme cérébral*, par M. Lebert (Archives générales de médecine, septembre, p. 351). — Homme de vingt-deux ans; rhumatisme articulaire, pleurésie et péricardite. Tout à coup, coma et mort après douze heures. — A l'autopsie, pas de lésion de l'encéphale. M. Lebert pense que les malades, dans ces cas, meurent par une intoxication analogue à l'urémie.

— *Nouveau cas de rhumatisme cérébral ou ataxique suivi de guérison*, par M. Mennesson (Gazette des hôpitaux, p. 202).

— *Rhumatisme cérébral*, service de M. Tardieu (Gazette des hôpitaux, p. 273). — Rhumatisme. — Délire, coma, mort en quelques heures, après une large saignée du bras et des sinapismes. — Pas d'autopsie. — Réflexions : Dans ce cas, on a pu remarquer des conditions morales fâcheuses; avant l'apparition des phénomènes cérébraux, les symptômes articulaires s'étaient amoindris, ce qui ferait croire à une méningite métastatique. Le

sulfate de quinine n'a aucune influence sur le développement du rhumatisme cérébral.

— *Rhumatisme cérébral,* par M. Tardieu (Gazette des hôpitaux, p. 345). — La malade est morte; l'autopsie a montré que le cerveau était parfaitement sain.

— *Tubercules du cervelet,* par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 203). — Dans le cervelet d'un enfant, l'auteur a trouvé deux gros tubercules crus; il n'y avait eu aucun symptôme pendant la vie.

— *De l'hémorrhagie cérébelleuse,* par M. Hillairet (Archives générales de médecine, février, p. 149). — L'importance de ce mémoire, écrit avec un grand nombre d'observations, nous fait un devoir de rapporter en entier les conclusions posées par M. Hillairet : — 1° L'apoplexie cérébelleuse grave se présente sous deux formes : l'une, lente, à marche régulièrement progressive depuis l'attaque jusqu'à la mort; l'autre, brusque, à marche rapide : celle-ci peut être foudroyante et tuer instantanément, ce que n'occasionne pas l'apoplexie cérébrale dite *foudroyante;* la première forme est encore plus rare que la seconde ;— 2° dans la première forme, il n'y a pas de perte de connaissance au moment de l'attaque; la seconde forme, si l'attaque est violente, peut déterminer, dans des cas rares et pour un temps très-court, la perte de connaissance, mais les sujets reviennent bien vite à eux ; — 3° dans les deux formes, l'attaque est suivie de vomissements spontanés, qui reviennent plusieurs fois dans le cours de la maladie, jusqu'à la mort; dans des cas, ils sont presque incoercibles. Ces vomissements sont plus fréquents dans la première forme que dans la seconde. — Le vomissement ne me paraît pas être un symptôme de l'apoplexie cérébrale, comme des auteurs l'ont écrit; il appartient plus spécialement à l'apoplexie cérébelleuse ou à toute autre lésion capable d'amener une augmentation de volume du cervelet. — L'examen des faits me porte à penser que l'existence de ce symptôme est liée à la compression légère ou à une simple excitation des pneumogastriques, par la masse cérébelleuse distendue par l'hémorrhagie. Dans quelques cas, j'ai bien vu la déchirure de la substance grise périphérique coïncider avec les vomissements; mais je ne puis pas, quant à présent, les rattacher à autre chose qu'à la lésion concomittante des pneumogastriques, car on les observe bien plus souvent encore dans les autres affections du cervelet qui entraînent l'augmentation de son volume, telles que les abcès, les tubercules, les kystes, etc., etc., tandis qu'on ne les rencontre que très-exceptionnellement dans le ramollissement, où le volume de l'organe n'est pas sensiblement accru. — En somme, les vomissements spontanés sont très-rares dans l'apoplexie cérébrale exempte de complication du côté du cervelet, malgré ce qu'en ont dit les

auteurs; car, après avoir relevé les observations contenues dans divers traités spéciaux, je trouve que la proportion est comme 1 est à 30, à peu près; dans l'apoplexie cérébelleuse, la proportion est comme 1 est à 2 et demi. — 4° La somnolence et le coma, suivis bientôt du carus le plus profond, auquel succède la mort, sont habituels dans l'apoplexie cérébelleuse grave, mais l'intelligence n'est pas pour cela abolie, si ce n'est peu d'heures avant la mort; bien plus, elle n'est pas altérée chez les sujets atteints d'apoplexie cérébelleuse *foudroyante*, car ils peuvent, au moment de l'attaque, témoigner par le langage, par un cri, par des gestes, de leur souffrance; ils meurent immédiatement après. Dans l'apoplexie cérébrale dite foudroyante, les malades tombent, privés de connaissance, sans rien dire ni rien manifester, font entendre une respiration stertoreuse, et meurent peu d'heures après. — 5° La résolution des membres est également un symptôme habituel de l'apoplexie cérébelleuse. Les sujets, en effet, ne se soutiennent pas en équilibre sur les membres inférieurs; mais ils peuvent, étant couchés, les mouvoir lorsqu'ils y sont provoqués, et les maintenir élevés au-dessus de leur lit, dans la position qu'on leur donne. L'hémiplégie n'est pas aussi fréquente que des auteurs l'ont dit; elle ne se rencontre que dans un tiers des cas. Il n'y en a pas eu dans les faits que j'ai observés. La paralysie est toujours croisée; cependant on peut admettre la possibilité de la paralysie directe par défaut d'entre-croisement des faisceaux médullaires, ainsi que l'a démontré M. Longet. Les faits de paraplégie et de paralysie générale occasionnées par apoplexie cérébelleuse ne sont pas assez concluants pour être pris en sérieuse considération. — 6° La tendance au recul et au mouvement de rotation n'a pas été observée dans les faits que j'ai analysés, si ce n'est chez un malade, qui se plaignait, quelque temps avant l'attaque, d'être poussé par une force irrésistible du côté gauche.— 7° La paralysie faciale croisée, habituelle dans l'hémorrhagie cérébelleuse; car je n'ai noté qu'une seule fois, sur vingt-six cas, la déviation d'une des commissures des lèvres. La déviation de la langue est également exceptionnelle; la parole est néanmoins, en général, lourde, pâteuse, lente. — Cependant le facies a une expression toute particulière d'hébétude et d'étonnement, accompagnée de fixité des yeux, qui mérite quelque attention : habituellement, peu de temps après l'attaque, cette particularité n'est plus observée. — 8° La sensibilité reste intacte dans l'apoplexie cérébelleuse grave ; une fois j'ai observé de l'hypéresthésie momentanée, vers le milieu du cours de la maladie. Ce n'est qu'à l'approche de l'agonie que la sensibilité s'émousse, s'affaiblit, et semble disparaître à mesure que le coma devient plus profond ; une seule fois, elle a été indiquée perdue dès le début. — Le contraire a lieu dans l'apoplexie cérébrale

grave, où l'on voit habituellement la sensibilité paralysée dès l'attaque. — 9° Les sens restent intacts, comme la sensibilité générale. L'ouïe, l'odorat et le goût, ne s'altèrent qu'exceptionnellement. Quelquefois la vue peut être affaiblie et même abolie lorsque les *processus cerebelli ad testes* sont lésés ou détruits. Le resserrement et l'immobilité des pupilles sont de règle ; la dilatation est l'exception. — 10° Il n'y a point de convulsions dans l'apoplexie cérébelleuse, à moins que la lésion du cervelet ne soit compliquée d'autres lésions siégant sur différentes parties du système nerveux central ou que le sang épanché n'entraîne l'inflammation de la substance cérébelleuse environnante. — 11° A part les vomissements, dont j'ai parlé précédemment, les organes de la digestion ne subissent que peu ou point de modifications ; le plus fréquemment les garde-robes sont rares, quelquefois involontaires. — La miction, volontaire dans les cas de la première forme, au début de l'attaque, devient involontaire à la fin, ainsi que dans tout le cours de la seconde forme. — 12° La durée moyenne de cette affection, non compris les cas foudroyants, est d'un jour et demi. — La lenteur de la respiration, qui devient bientôt bruyante, stertoreuse, me semble être le résultat, autant de la résolution qui frappe les muscles intercostaux, comme tout le système locomoteur, que de la compression exercée sur les pneumogastriques. Ces particularités me semblent être pour beaucoup dans la rapidité de la marche et la terminaison funeste de la maladie. — La mort est la solution la plus habituelle de l'apoplexie cérébelleuse, qui cependant est susceptible de guérison.

— *De l'apoplexie cérébelleuse*, par M. Léger (Union médicale, p. 130). — Rapport de M. Léger sur le mémoire de M. Hillairet.

— *Paraplégie par obstruction de l'aorte abdominale*, par M. Gull (Guy's hospit. Reports et Archives générales de médecine, juillet, p. 100). — Un charpentier fut pris de paraplégie complète ; en même temps, il fut constaté que les artères à partir de l'aorte abdominale ne battaient plus. On entendait à la partie inférieure du dos, vers l'angle de l'omoplate gauche, un bruit de souffle. — Les artères superficielles se sont développées ; la paraplégie a diminué. — Quelle est la cause de l'obstruction artérielle ?

— *Ramollissement de l'hémisphère cérébral droit au niveau de la scissure de Sylvius et de la scissure médiane, avec oblitération de l'artère cérébrale moyenne, par un caillot*, par M. Blondeau (Bulletin de la Société anatomique, p. 363 ; 1857). — Le caillot, disséqué avec soin, doit être considéré comme s'étant formé dans l'artère qu'il occupe ; ce n'est donc pas une *embolie*.

— *Tubercule volumineux de l'hémisphère gauche du cervelet.— Hydrocéphalie consécutive.—Paraplégie incomplète.—Coordina-*

tion parfaite des mouvements volontaires.— Convulsions suivies d'ictère.— Stomatite mercurielle.—Autopsie, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 371; 1857).— Cette observation est remarquable par les faits suivants : « Tumeur formée d'une trame de tissu fibreux disposé en faisceaux analogues, quant au volume et à la disposition, à ceux du derme ; ils circonscrivent de petits espaces ou aréoles remplis d'un tissu gris rougeâtre, friable, qui, par son aspect, tranche sur la coloration d'un gris blanc des tissus fibreux. Ce tissu gris rougeâtre ne renferme pas de fibres de tissu cellulaire ; il est composé exclusivement : 1° en grande partie de petits noyaux sphériques finement granuleux, larges de 4 à 5 millièmes de millimètre, sans nucléoles, qui offrent, en outre, tous les caractères des éléments appelés *cytablastions*, qui ont été signalés jusqu'à présent dans les tumeurs gommeuses et les *molluscum* ; — 2° entre ces éléments, qui sont les plus abondants de ceux qui composent le tissu gris rougeâtre, on trouve une petite quantité de matière amorphe finement granuleuse ;— 3° des vaisseaux capillaires assez nombreux parcourent le tissu que nous venons de décrire. Il n'existe pas d'élément fibro-plastique ni d'épithélium glandulaire ou autre. »

— *Kystes du cerveau avec une masse indurée contenue dans le lobe antérieur gauche*, par M. Liégeois (Bulletin de la Société anatomique, p. 371 ; 1857). — Lésions des nerfs optiques ; pendant la vie, amaurose et exophthalmie. — Attaque apoplectiforme et mort subite.

— *Etude de la congestion cérébrale chronique chez les vieillards*, par M. Billard (Moniteur des hôpitaux, p. 524). — L'auteur étudie différents troubles du tube digestif, de l'appareil circulatoire, etc., qui sont la cause ou l'effet de la congestion cérébrale ; il formule ainsi le traitement : 1° Saignées générales suivant la force du sujet et l'intensité du mouvement fluxionnaire ; — 2° saignées locales aux apophyses mastoïdes ; il est bon de les appliquer aussi à l'anus ; — 3° les purgatifs et surtout les préparations aloétiques, dont l'action se porte plus spécialement sur le rectum ; — 4° enfin, les divers révulsifs cutanés, surtout les vésicatoires à la nuque plusieurs fois répétés, s'il en est besoin.

— *Mémoire sur divers cas d'apoplexie et de convulsions sans matière*, par M. Rouzier-Joly (Revue thérapeutique du Midi, p. 353). — L'auteur se propose, non pas d'établir la réalité de cette apoplexie, car elle n'est plus contestée par personne, mais d'apporter de nouvelles observations. — La saignée, dans ces cas, ne doit pas être rejetée d'une manière absolue ; le plus souvent, les symptômes cérébraux sont sous l'influence d'un embarras gastrique, qu'il faut combattre.

— *Hémorrhagie intra-ventriculaire*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 283 ; 1857).— Il s'agit d'une *hémor-*

rhagie intra-ventriculaire, produite dans les *plexus choroïdes*, distendant les deux ventricules latéraux et le troisième ventricule, et accompagnée d'une apoplexie méningée rachidienne, chez une jeune femme primipare, morte dans une attaque d'éclampsie.

— *Tumeur kystique, à parois fibro-plastiques, logée entre le bulbe et le lobe gauche du cervelet*, par M. Genouville (Bulletin de la Société anatomique, p. 369; 1857).

— *Considérations sur l'hydrocéphale aiguë et sur son traitement par le mercure à haute dose*, par M. Ronzier-Joly (Revue thérapeutique du Midi, p. 55).

— *Observation d'hydrocéphale congénitale par épanchement dans les ventricules. — Trois ponctions successives. — Mort. — Autopsie. — Examen du liquide de l'épanchement*, par Luton (Soc. de Biol. et Gazette médicale de Paris, p. 199). — Le liquide retiré après chaque ponction a été reconnu pour être du liquide céphalo-rachidien.

— *Recherches cliniques sur l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré*, par Leudet (Gazette médicale de Paris, p. 173).— Six observations, avec ces conclusions : 1° le diabète reconnaît comme cause, dans certains cas, les altérations organiques du cerveau ; — 2° le début de la glucosurie peut coïncider avec celui de la maladie du cerveau ou lui être postérieur ; — 3° les maladies cérébrales avec mouvements convulsifs semblent être celles qui s'accompagnent de préférence de glucosurie ; — 4° le diabète peut être temporaire, se manifester avec une exacerbation de la maladie cérébrale, et disparaître avec elle ;— 5° les symptômes de la glucosurie, dans ces cas, ne diffèrent point de ceux de la maladie ordinaire développée sous l'influence d'autres causes ; — 6° le diabète ne paraît pas emprunter à son antécédent un caractère plus grand de gravité ; — 7° la complication glucosurique ne réclame que le traitement habituel de la maladie cérébrale.

— *Hémiplégie essentielle et persistante chez un enfant âgé de vingt mois*, par M. Vignal (Revue thérapeutique du Midi, p. 87).

— *De la méningite cérébro-spinale au point de vue de l'étiologie et du traitement*, par M. Gassaud (Thèse inaugurale, Strasbourg).

— *Des causes de la paraplégie*, par M. Baudin (Thèses de Paris, n° 56).

— *Du diagnostic des paraplégies*, par M. Cothenet (Thèses de Paris, n° 233).

— *Paraplégie. — Urines purulentes. — Ramollissement de la substance cérébrale. — Tumeur placée entre la dure-mère et la piemère dans le canal vertébral. — Altération des reins et de la vessie*, par M. E. Fournier (Gazette médicale, p. 427).

— *De la paralysie incomplète des membres inférieurs, liée à quelque affection des voies urinaires*, par M. Wells (Medical Times and Gazette et Gazette médicale, p. 740). — Après avoir analysé les travaux publiés sur ce sujet, l'auteur fait sur cette paraplégie le résumé suivant : 1° l'un des premiers symptômes est l'existence de quelque obstacle à l'émission des urines. — 2° Il se lie intimement à une dyspepsie opiniâtre. — 3° L'affaiblissement des membres inférieurs est plutôt une extrême débilité qu'une paralysie réelle. — 4° La sensibilité tactile n'est que peu ou point atteinte, mais la sensibilité musculaire peut être entièrement perdue. — 5° Les membres sont assez bien nourris; s'ils s'amaigrissent, il n'y a pas d'atrophie musculaire et leur tuméfaction n'est que peu abaissée. — 6° Le sphincter anal n'est pas paralysé, mais il peut être un peu affaibli. — 7° La vessie conserve quelque degré de contractilité. — 8° Il peut n'y avoir pas de douleurs dorsales, soit en pressant les apophyses épineuses, soit en les couvrant d'une éponge imbibée d'eau chaude. — 9° Le degré d'affaiblissement des membres varie avec l'état des organes urinaires. On obtient quelquefois très-rapidement une grande amélioration par le cathétérisme et en rétablissant le libre écoulement de l'urine. — 10° Il n'existe, au début de la maladie, ni convulsions, ni crampes, ni roideurs, ni fourmillements, ni douleurs névralgiques. — La cause de l'obstacle au cours de l'urine est souvent une tuméfaction, un engorgement de la prostate, par suite de gonorrhées, d'excès vénériens, etc. Il en résulte l'irritation de la vessie et son extension aux reins. — Comment cette affection des voies urinaires peut-elle amener la paralysie? Par la souffrance du grand sympathique qui retentit sur la moitié inférieure de la moelle épinière. — La dyspepsie opiniâtre qui accompagne cet état ajoute une grande valeur à cette hypothèse. — Le traitement varie selon les degrés de l'affection. — Dans les cas les plus légers, commencer par rétablir la libre émission des urines. — Dans des cas plus avancés, la dyspepsie doit, avant tout, attirer l'attention, sans faire négliger l'état des voies urinaires. — Enfin, dans un degré plus grave, il faut s'adresser au galvanisme, à l'opium, au fer uni aux cantharides.— En général, les voyages sur mer, le changement d'air, un régime et des rapports sexuels réguliers, les eaux d'Ems, de Carlsbad, de Schwalbach, de Wildbad et de Gastein, peuvent favoriser et affermir la guérison.

— *Ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière chez les aliénés pellagreux*, par M. Billod (Académie des sciences, 27 septembre). — La note de M. Billod contient la relation de dix autopsies, qui démontrent l'opinion déjà émise par l'auteur, à savoir, que le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière paraît

être un fait constant chez les aliénés pellagreux, qui meurent dans la période cachectique de leur affection.

— *Congestion chronique de la moelle. — Paralysie des extrémités inférieures. — Traitement hydrothérapique. — Guérison*, par M. Lecoq (Gazette des hôpitaux, p. 394).

— *Observations pour servir à l'histoire des maladies de la moelle épinière*, par M. Reade (The Dublin Quarterly Journal et Gazette médicale de Paris, p. 124). — Trois observations : la première, d'atrophie musculaire bilatérale symétrique ; la seconde rapporte un cas de paraplégie, suite de commotion ; la troisième, un cas de paraplégie durant la dentition.

— *Epidémie de congestion rachidienne, observée à Niort*, par M. Gauné (Archives générales de médecine, janvier, p. 1).—Cette épidémie a été remarquable par sa marche, les malades, une seule exceptée, n'ont rien éprouvé du côté de la tête ; par sa terminaison, chez toutes elle a été heureuse. Sur dix-neuf jeunes filles atteintes, dix ont eu de la congestion rachidienne et neuf une méningite rachidienne. Ces dernières ont gardé le lit de cinquante à soixante-quinze jours : les autres de quinze à quarante jours. — Traitement antiphlogistique ; les causes n'ont pas pu être connues. Quatre observations sont rapportées avec beaucoup de détails.

— *Accidents nerveux multiples. — Tumeur à la région antérieure de la moelle*, par M. Bourguignon (Gazette hebdomadaire, p. 140). — Résumé : douleurs névralgiques incurables ; mouvements convulsifs ; paraplégie passagère due à l'usage intempestif de la strychnine à haute dose ; troubles nerveux expliqués, jusqu'à un certain point, à l'autopsie, par une tumeur située à la partie antérieure de la région dorsale de la moelle, par un kyste hydatique du foie et une altération de la vessie et des reins.

— *Compression de la moelle épinière par une ou plusieurs exostoses syphilitiques. — Paralysie progressive de la sensibilité et de la locomotion*, par M. Allain (Moniteur des hôpitaux, p. 965).

— *Etudes pratiques sur l'électricité médicale. — Paraplégies, paralysies traumatiques des nerfs mixtes*, par M. Passaquay (Lons-le-Saulnier, imp. Gauthier, in-8, 85 pages).

— *Atrophie générale et paralysie progressive*, par M. Bourguignon (Progrès, p. 294). — Une observation.

— *Paralysie guérie par la faradisation*, par M. Chautard (Progrès, t. II, p. 678). — Deux observations.

— *Paralysie du nerf moteur oculaire commun, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde*, par M. Hervieux (Union médicale, p. 328).

— *Sur la paralysie du nerf trijumeau* (Gazette médicale de Lyon, p. 479).

— *Tic douloureux de la face et du cou*, par M. Marchal, de Calvi (Progrès, t. II, p. 23).

— *Paralysie du voile du palais à la suite de l'angine gangréneuse*, par M. Mayer (Union médicale, p. 299). — L'auteur insiste sur cette paralysie survenue à la suite d'une angine gangréneuse, et non à la suite de diphthérite.

— *Mémoire sur la paralysie du nerf facial*, par M. Roche (Union médicale, p. 466).— Nous avons fait connaître (*Annuaire*, t. I, p. 232), les idées émises par M. Roche sur ce sujet, et la vive opposition qu'il avait rencontrée parmi ses collègues. Dans ce nouveau travail, M. Roche veut démontrer les propositions suivantes : 1° la *paralysie du nerf facial* a des symptômes particuliers qui permettent de la bien distinguer de l'*hémiplégie faciale;* — 2° elle n'est jamais produite par une cause cérébrale; — 3° elle n'est jamais rhumatismale; — 4° à l'exception des cas où le nerf facial est comprimé, coupé, ou détruit après sa sortie du trou stylo-mastoïdien, la paralysie isolée des mouvements d'une joue a toujours son point de départ dans une lésion anatomique de l'oreille interne, lésion dont elle n'est qu'un des symptômes, et cette lésion est presque toujours de nature inflammatoire.

— *De la névralgie faciale*, par M. Larthe (Thèses de Paris, n° 73).

— *Effets de l'électrisation sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale*, par M. H. Landouzy (Académie des sciences, 15 février). — Résumé : L'exaltation de l'ouïe, du côté paralysé, est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale récente et indépendante de toute affection cérébrale. — Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle. — Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau. — Lorsqu'elle manque dans l'hemiplégie faciale, elle indique que la paralysie ne s'est pas étendue au nerf intermédiaire. — Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale, et, dans ce cas, elle indiquerait une paralysie du nerf intermédiaire. — Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement, et dans l'espace de quinze jours à trois mois. — L'électrisation a pour effet de modérer les sons, par le fait même de la tension de la membrane du tympan; dès que l'électrisation cesse, l'exaltation de l'ouïe reparaît.

— *De la division des nerfs dans le traitement du tic douloureux*, par M. Heymann (Thèse inaugurale, Strasbourg).

— *Excision du tronc du nerf maxillaire supérieur, ou seconde branche de la cinquième paire, au delà du ganglion de Meckel, dans trois cas de névralgie faciale grave*, par M. Carnochan (Moniteur des hôpitaux, p. 241). — M. Carnochan pense

que, dans les cas graves de névralgie faciale, l'indication capitale est d'*extirper le ganglion de Meckel ou de l'isoler de l'encéphale;* car toutes les fois qu'on reséque une portion même assez considérable du nerf maxillaire supérieur au niveau du canal sous-orbitaire, le ganglion de Meckel, continue de fournir l'innervation à un grand nombre de ramifications nerveuses qui entretiennent les diverses manifestations de la douleur névralgique. D'ailleurs, le ganglion de Meckel, étant composé de *substance grise, doit jouer un rôle important comme générateur d'influx nerveux;* il continue de le fournir, ainsi qu'une batterie galvanique, aux branches qui en émanent et qui servent, sous l'influence pathologique du tronc nerveux, à conduire la sensibilité morbide accumulée.

— *Névralgie faciale intense et rebelle. — Insuccès de divers traitements. — Grande amélioration sous l'influence du valérianate d'ammoniaque pur*, par M. Gosselin (Moniteur des hôpitaux, p. 1037).

— *Contracture musculaire de la face consécutive à une paralysie faciale ancienne de nature rhumatismale*, service de M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 269). — D'après M. Trousseau, comme d'après M. Duchenne, cette contracture serait une des terminaisons ordinaires de la paralysie rhumatismale. Suivant la règle générale, la contracture est partielle; elle ne porte que sur le muscle buccinateur, sur le releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, comme l'ont montré la déviation des traits, la lèvre et l'aile du nez relevées, la commissure labiale tirée en haut et en dehors, etc.; tandis que la paralysie persiste presque absolue pour l'orbiculaire des paupières, — la paupière inférieure restant abaissée, — pour le dilatateur externe de la narine (pinnal transverse), la narine étant affaissée du côté droit; moins absolue, mais évidente encore, pour les muscles contracturés, comme le démontre le défaut de contraction volontaire dans les mouvements de la face.

— *Cas remarquable de douleurs dans les nerfs rachidiens du dos avec diminution de l'action nerveuse du bras du même côté.*
— *Douleur musculaire sous-sternale*, service de M. Piorry (Gazette des hôpitaux, p. 65).

— *Observations pour servir à l'histoire de la névralgie du membre supérieur*, par M. Michel (Thèses de Paris, n° 308).

— *Considérations sur la névralgie des nerfs intercostaux*, par M. Léoni (Thèses de Paris, n° 111).

— *Névralgie sciatique ancienne et rebelle, guérie par la cautérisation transcurrente*, service de M. Jobert (Gazette des hôpitaux, p. 498).

— *Névralgie sciatique guérie par l'hydrothérapie*, par M. Tartivel (Progrès, t. I, p. 459).

— *Lombalgie (douleur lombaire).* — *Névralgies intercostales pouvant faire croire à des palpitations de cœur et donnant lieu à une fièvre d'accès irrégulière*, service de M. Piorry (Gazette des hôpitaux, p. 30).

— *De la névralgie lombaire ou névralgie des plexus lombaires et sacrés*, par M. Neucourt (Archives générales de médecine, juillet, p. 21). — Cette étude, d'après l'auteur, n'a pas encore été faite d'une manière spéciale; elle comprend les viscéralgies occupant les branches antérieures et les branches postérieures des nerfs lombaires et sacrés, que les nerfs soient superficiels ou profonds. Les symptômes sont les douleurs spontanées et les douleurs à la pression, qui se montrent dans les points postérieurs, iliaque, abdominal, inguinal, de la grande lèvre, suspubien, crural, aortique, sacré, utérin, anal. — Viennent ensuite le diagnostic avec les affections inflammatoires, déviations de l'utérus, etc., et le traitement, qui ressemble beaucoup au traitement des autres névralgies. Le mémoire se termine par la relation d'observations nombreuses et rapportées avec détails.

— *Contraction spasmodique intermittente du muscle sterno-mastoïdien gauche, guérie par l'hydrothérapie*, par M. Tartivel (Progrès, t. II, p. 93).

— *Deux observations de tétanos idiopathique, traité avec succès par l'émétique à haute dose*, par M. Bonfils (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 544). — M. Bonfils reproduit deux observations, publiées autrefois par A. Laennec, de tétanos idiopathique traité avec succès par l'émétique à haute dose. Dans le premier cas, l'émétique a été donné pendant dix-neuf jours, d'abord à la dose de 20, puis de 50 centigrammes, puis de 1^{gr},25, dose qui a été continuée dix jours. Dans le second cas, l'émétique a été administré pendant trois jours seulement, à la dose de 75 centigrammes chaque jour. — M. Bonfils voudrait que cette médication fût de nouveau mise en usage.

— *Observation de tétanos mortel, survenu à la suite de cautérisation d'une tumeur par un caustique*, par M. Bourgeois (Union médicale, p. 63). — Une observation; ce n'est pas la seule prouvant à l'auteur que le tétanos peut se développer à la suite d'une plaie par les caustiques, aussi bien qu'à la suite d'une plaie produite par le bistouri.

— *Tétanos observé à l'île de Cuba*, par M. Biart de Beauregard (Gazette des hôpitaux, p. 302).—L'auteur dit que le tétanos est toujours dû à l'action du froid, et que la plaie ne doit en être considérée que comme une cause prédisposante. — Plusieurs observations. — Parmi les préceptes thérapeutiques, on trouve le pansement de la plaie avec une pommade opiacée, la cautérisation de ses bords et la section du tronc nerveux, si elle est possible sans trop de dégâts.

— *Tétanos rhumatique*, par M. Molezzi (Il filiatre Sebezio). — Chez un homme de vingt-six ans, contractions musculaires permanentes, douloureuses dans les membres, après une exposition au froid, le corps étant en sueur. Guérison par les préparations opiacées et mercurielles.

— *Des modifications que les altérations des centres nerveux impriment aux mouvements volontaires*, leçon de M. Bouillaud (Gazette des hôpitaux, p. 581). — M. Bouillaud parle des désordres dans les mouvements volontaires : ces mouvements ne sont pas instinctifs ; il y a une faculté particulière qui préside à leur coordination ; il y a dans le cerveau des parties spéciales qui président à cette faculté.

— *De la cautérisation épidermique rachidienne, comme traitement de certaines névroses*, par D. Joulin (Thèses de Paris, n° 306).

— *De l'emploi de l'émétique à haute dose dans une série de chorées observées à l'hôpital des Enfants malades en* 1857, par M. Bonfils (Thèses inaugurales de Paris, n° 7). — Historique de la question et proscription de la méthode adoptée par M. Bouley (émétique à 0gr,50 et 1 gramme par jour dès le début). M. Bonfils a employé, avec M. Gillette, la méthode de Laennec modifiée, consistant à donner, dès le premier jour, 0gr,20 à 0gr,25 d'émétique (la dose doit varier suivant l'âge du sujet, sa force, etc.; mais M. Gillette n'a jamais donné moins de 0gr,20), à prendre en vingt-quatre heures ; le lendemain, la dose est doublée ; le surlendemain, elle est triplée. — Puis, on laisse reposer le malade pendant plusieurs jours (trois jours, en général), observant les modifications survenues dans les mouvements choréiques ; s'ils persistent, on reprend le tartre stibié et on le donne, le premier jour, à la même dose, *augmentée de* 5 *centigrammes*, que le premier jour de la première série, en suivant, du reste, la même progression pour les jours suivants. — Le médicament est administré dans une potion gommeuse de 225 grammes, additionnée de 15 grammes de sirop diacode, à faire prendre d'heure en heure ou de deux heures en deux heures. Ce mode d'administration suffit pour établir la tolérance. — Il est rare que la guérison ne soit pas obtenue, après la deuxième série, en seize jours en moyenne. — M. Bonfils étudie ensuite l'action de l'émétique sur les voies digestives et l'appareil circulatoire ; il a constaté que le pouls était ralenti ; — il pense que l'émétique agit comme antispasmodique et s'attache surtout à prouver l'innocuité de la médication qu'il préconise. — Dix observations.

— *Observations de chorée traitée par l'émétique à haute dose*, par M. Roger (Union médicale, p. 302). — M. Roger rapporte plusieurs observations, les unes favorables, les autres défavorables à la médication par le tartre stibié (méthode de M. Gillette). Il pense que le tartre stibié ne guérit pas toutes les chorées, mais

que la plupart des chorées s'amendent et disparaissent avec une rapidité étonnante sous l'influence spécifique de l'émétique.

— *Chorée récente améliorée en trois jours par l'emploi répété du tartre stibié à haute dose*, par M. Brierre de Boismont (Gazette hebdomadaire, p. 178).

— *Chorée guérie par le tartre stibié*, par M. Camino (Gazette des hôpitaux, p. 532). — Guérison d'une chorée partielle du bras et de la jambe gauches, durant depuis longtemps, chez un adulte. On a donné le tartre stibié, d'après la méthode préconisée par M. Bonfils, jusqu'à la dose de 18 décigrammes.

— *Chorée guérie par le sulfate de quinine*, par M. Favre (Progrès, t. II, p. 188). — Deux observations.

— *Toux nerveuse causée probablement par une chorée du diaphragme, guérie par le tartre stibié à haute dose*, par M. Notta (Union médicale, p. 331). — Cette toux durait depuis longtemps. M. Notta ne paraît pas tenir beaucoup à son explication de la chorée du diaphragme; il pense que l'émétique est un puissant antispasmodique et qu'on devrait l'essayer dans d'autres affections que la chorée.

— *Hémiplégie chronique.— Emploi du tartre stibié sans amélioration notable. — Diminution rapide après une saignée. — Pneumonie intercurrente.— Nouvelle saignée.— Guérison*, service de M. Legroux (Gazette des hôpitaux, p. 293).

— *Traitement de la chorée par l'arsenic*, par M. Rice (Presse médicale belge, octobre). — Solution de Fowler. — L'arsenic est aussi efficace contre la chorée que le sulfate de quinine contre la fièvre intermittente.

— *De la chorée*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 282). — Leçon de M. Bouchut, avec quelques observations prises dans son service.

— *Deux cas de chorée rebelle guéris par les exercices gymnastiques*, par M. Parrot (Gazette des hôpitaux, p. 25).

— *Observation rare de chorée*, par M. Cazenave (Journal de médecine de Toulouse). — Cette chorée était très-intense; elle a amené la mort. A l'autopsie, on a trouvé la substance médullaire convertie en pulpe diffluente, dans toute sa moitié antérieure.

— *Chorée mortelle*, par M. Malherbe (Archives générales de médecine, juillet, p. 91). — Ce cas est remarquable par la terminaison funeste et par les lésions constatées à l'autopsie; il y avait, entre autres altérations, un ramollissement de la substance corticale du cerveau et du cervelet.

— *De la chorée d'Abyssinie*, par M. Leroy de Méricourt (Archives générales de médecine, août, p. 129). — Conclusions : I. Il n'existe pas en Abyssinie, et particulièrement au Tigré, une maladie spéciale, épidémique, qui justifie l'admission dans le cadre nosologique d'une espèce de plus, sous la dénomination de

tigretier. — II. La description empruntée aux Mémoires de N. Pearce ne peut autoriser à établir que ce voyageur a été témoin d'une forme de manie analogue à la frénésie de la danse épidémique au moyen âge. — III. Cette description ne contient l'indication d'aucun symptôme caractéristique de la névrose connue actuellement sous le nom de *chorée*. — IV. Elle n'est que le récit plus ou moins fidèle des pratiques superstitieuses usitées en Abyssinie, dans le but de guérir les maladies indistinctement, et souvent sans doute mises à profit par la ruse.

— *Des hallucinations qui surviennent dans le cours de la chorée aiguë chez les adultes*, par M. Marcé (Gazette des hôpitaux, p. 214). — M. Marcé a été frappé de la fréquence des hallucinations qui surviennent dans le cours de la chorée aiguë chez les adultes ; il en rapporte une observation. Nous reviendrons sur ce sujet intéressant, en analysant le mémoire complet que M. Marcé vient de publier.

— *De la chorée*, par M. Gallard (Union médicale, p. 267). — Rapport de M. Gallard sur une thèse de M. Moynier, travail déjà ancien.

— *Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique, en ce qui concerne le traitement de la chorée*, par M. Bourguignon (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 145).

— *Toux convulsive périodique produite par des contractions spasmodiques du diaphragme. — Guérison par l'hydrothérapie*, par M. Tartivel (Progrès, t. II, p. 429).

— *De l'hystérie*, par M. Guibout (Gazette hebdomadaire, p. 11). — M. Guibout rapporte une observation, présentant la réunion des deux formes de l'hystérie, la forme convulsive et la forme non convulsive.

— *De l'hypéresthésie hystérique, et notamment de l'hypéresthésie des muscles chez les hystériques*, par M. Briquet (Union médicale, p. 82). — M. Briquet dit que l'hypéresthésie des muscles est tellement fréquente que, sur quatre cents hystériques, c'est à peine si l'on en trouve une vingtaine qui n'en soient pas atteintes. Voici les caractères et le traitement de ces douleurs, qui siégent dans différentes régions, tête, épigastre, rachis, etc. : 1° La douleur qui constitue l'élément principal de cette hypéresthésie siége toujours dans les lieux occupés par la portion charnue des muscles. — 2° Comme l'hypéresthésie intéresse le plus ordinairement les muscles superficiellement placés, la douleur se fait sentir immédiatement sous la peau. — 3° Si l'on presse légèrement avec le bout d'un doigt le muscle hypéresthésié, et surtout si l'on agace ses fibres en les grattant très-légèrement avec ce même doigt, et en ayant bien soin de ne pas agir sur les parties plus profondément situées, on fait naître de la douleur si elle n'était pas sentie auparavant, ou bien on l'exaspère si elle

existait déjà. — 4° La douleur ainsi produite est très-vive; ou elle fait faire des contorsions à la malade, ou elle lui fait jeter des cris, quelquefois même elle provoque l'apparition d'une attaque hystérique. Les malades arrêtent presque toujours la main qui les presse. — On a la certitude que cette douleur ne vient pas des parties plus profondes, d'abord en raison des précautions prises pour n'agir que sur les parties superficielles, puis parce que la douleur est la même quand on presse le muscle à l'endroit de son passage sur un os inflexible, et enfin parce qu'elle est souvent plus forte à l'endroit des attaches du muscle que partout ailleurs. — 5° Le mouvement et surtout la distension des fibres des muscles hypéresthésiés provoque ou exaspère cette douleur. — 6° Le repos absolu et l'absence de mouvements la calment ou la font disparaître plus ou moins complétement. — 7° Les courants électriques d'intensité moyenne, auxquels on fait traverser toute la longueur d'un muscle à l'état normal, y occasionnent une sensation qui est à peine pénible. Lorsqu'au contraire on leur fait traverser des muscles hypéresthésiés, ils provoquent une douleur très-difficile à supporter, quelque faibles qu'ils soient, et s'ils sont forts, la douleur devient bientôt intolérable. — 8° La thérapeutique possède maintenant, dans la faradisation, le moyen de faire cesser à l'instant même, dans la grande majorité des cas, les douleurs musculaires non inflammatoires, telles que les douleurs rhumatoïdes, celles de la colique de plomb, etc. Or, l'hypéresthésie hystérique des muscles se trouve précisément être l'une de celles qu'on fait disparaître le plus régulièrement et le plus facilement à l'instant même de la galvanisation.

— *De l'anésthésie chez les hystériques*, par M. Briquet (Union médicale, p. 347). — Dans cette étude complète, M. Briquet donne la plupart des idées que l'on trouve dans le mémoire suivant; il insiste sur l'efficacité de la faradisation.

— *De l'anésthésie cutanée hystérique*, par M. Voisin (Gazette hebdomadaire, p. 818 et 829). — Après l'historique, M. Voisin dit que l'anésthésie cutanée est un symptôme assez fréquent dans l'hystérie; elle est très-fugace, très-mobile; sauf quelques exceptions, elle suppose une attaque avec perte de connaissance; elle siége presque toujours à gauche; le plus souvent, elle se localise dans une moitié du corps et peut simuler une hémiplégie par altération cérébrale; elle se montre sous deux formes : 1° une forme légère est celle qui suit les premières attaques; elle n'est que passagère et d'une durée de quelques heures au plus; — 2° une forme grave succède à des attaques réitérées, est symptomatique de l'hystérie confirmée et peut persister pendant plusieurs années. Il y a des troubles dans les sensations de douleur, de contact, de résistance, de tact actif ou toucher. La thérapeutique n'offre que des moyens peu efficaces : l'électricité donne quel-

quefois de bons résultats. — M. Briquet a fait un rapport sur ce travail.

— *Remarques sur le traitement des paralysies hystériques par la galvanisation localisée*, par M. Lawrence (Med. Times and Gazette, avril). — L'insensibilité des muscles n'est pas due à l'anésthésie cutanée; la galvanisation rappelle souvent très-rapidement les mouvements volontaires dans les muscles paralysés; mais il est des cas où elle échoue complétement. Quelquefois il suffit d'électriser la peau, pour guérir la paralysie musculaire.

— *Paralysie grave produite par l'abus du copahu et guérie par l'électricité*, par M. Maestri (Gazette médicale, p. 760). — Un homme de trente-sept ans a pris beaucoup de copahu (la dose n'est pas indiquée); après dix jours de traitement, il a eu de la céphalalgie, des vertiges, de la constriction du pharynx, contractions spasmodiques des muscles, douleurs et paralysie des membres. Le traitement antiphlogistique n'a produit aucun effet; la guérison a été rapidement obtenue par l'électricité, aprés la disparition de l'excitation générale.

— *Bronchite chez une hystérique, suivie de spasmes du larynx et d'aphonie, de paralysies et de névralgies diverses. — Invasion d'une fièvre typhoïde et disparition de tous les symptômes névrosiques pendant sa durée. — Retour de ces symptômes dans la convalescence et après la guérison de l'affection aiguë*, par M. Gauchet (Union médicale, p. 41). — Le récit de cette observation, prise dans le service de M. Pidoux, est suivi de remarques sur les paralysies hystériques, etc.

— *Des maux de nerfs chez la femme*, par M. Rigodin (Thèses inaugurales, Paris, nº 12). — Après un avant-propos sur l'organisation physique et morale de la femme, l'auteur fait l'histoire des maux de nerfs; et sous ce nom il décrit différents troubles fonctionnels généralement rapportés à l'hystérie. Pour lui, les maux de nerfs, quel que soit l'organe sur lequel ils semblent se porter, sont l'expression d'un seul et même principe morbide, qui a pour siége le système nerveux central. Ce principe morbide existe avec l'exagération de la sensibilité et la faiblesse. Les maux de nerfs se présentent sous deux formes : la mobilité nerveuse et l'état vaporeux, avec ou sans convulsions. Le mot *hystérie* devrait être supprimé, parce qu'il n'a pas la même signification pour tout le monde.

— *Des névropallies étiangioviques* (*hystérie*), par C. Desormeau (Thèses de Paris, nº 301).

— *Eclampsie et convulsions* (Gazette des hôpitaux, p. 192).— Discussion, à la Société de médecine pratique, sur le sens que l'on doit attacher à ces dénominations.

— *Eclampsie*, par M. Picard (Gazette des hôpitaux, p. 220).

— Eclampsie chez une femme enceinte de sept mois; l'accouchement s'est fait sans être provoqué; la malade est morte.

— *Convulsions et spasmes épileptiformes traités et guéris par la belladone* (Gazette des hôpitaux, p. 70). — Chez deux jeunes malades, la guérison durable a été obtenue par l'emploi de la belladone, suivant la méthode de M. Trousseau.

— *Du traitement de l'épilepsie, spécialement par les applications hydrothérapiques*, par M. Duval (Moniteur des hôpitaux, p. 1204). — M. Duval rapporte des observations de guérison d'épilepsie par ce mode de traitement.

— *Du pronostic de l'épilepsie et du traitement de cette maladie par le valérianate d'atropine*, par M. Michea (Paris, Labé, in-8, 43 pages).

— *Des vertiges de cause nerveuse ou vertiges nerveux*, par M. Trastour (Nantes, imprimerie Mellinet; in-8, 86 pages).

— *Attaques épileptiformes.— Troubles intellectuels.— Lésion cérébrale*, par M. Bourguignon (Gazette hebdomadaire, p. 891).

— *Etude comparative des effets de quelques remèdes employés contre l'épilepsie*, par M. Osborne (The Dublin Quarterl. Journ. et Gazette médicale, Paris, p. 123). — Hors les cas où le traitement a pu être basé sur la cause, l'auteur donne la préférence à la teinture de digitale et de cantharides.

— *Digitale contre l'épilepsie*, par M. Corneille (Charlestown med. Journ.).— Les propriétés sédatives de la digitale paraissent à l'auteur avoir un excellent effet contre l'épilepsie; il emploie le médicament pendant plusieurs mois; il a obtenu la guérison dans la moitié des cas.

— *Epilepsie consécutive aux lésions de la moelle épinière*, par M. Brown-Séquard (Journal de physiologie, t. I, p. 472). — On connaît les travaux antérieurs de M. Brown-Séquard sur ce sujet; dans ses nouvelles recherches, il a constaté l'abolition de la sensibilité et des mouvements réflexes, pendant les accès, chez les animaux qui ont une lésion de la moelle; il en conclut que ces symptômes sont ceux de la véritable épilepsie.

— *Traitement de la coqueluche par l'eau distillée d'amandes amères*, par M. Schubert (Journal de médecine de Bruxelles, n° 3). — Bons effets obtenus : ce médicament est un spécifique; dose : quatre à six gouttes dans un peu d'eau, toutes les trois heures; on peut en augmenter la quantité.

— *De l'état nerveux dans sa forme aiguë et chronique*, par M. Bouchut (Académie de médecine, 13 juillet). — Ce mémoire, dit l'auteur, a pour but de faire connaître les caractères étiologiques et symptomatiques d'une névrose générale, continue ou rémittente, encore peu étudiée, et que caractérisent de nombreux troubles erratiques et variables de la sensibilité, de l'intelligence, du mouvement et des principales fonctions de l'organisme. Il re-

pose sur quarante-trois observations inédites ou empruntées à de vieux ouvrages et aux recueils périodiques. — Tous les individus nerveux, dit M. Bouchut, ne sont pas nécessairement, comme on a trop de tendance à le croire, hystériques ou hypocondriaques. Il y a une autre disposition maladive dans laquelle l'état nerveux joue également le principal rôle sous une forme différente, et où l'on peut constater un plus ou moins grand nombre de troubles de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et des principales fonctions organiques sans altération appréciable de la structure des tissus. C'est ce qui a été désigné par divers auteurs sous les noms de *cachexie nerveuse*, *marasme ou état nerveux*, *fièvre nerveuse*, etc. L'auteur la désigne sous le nom de *nervosisme*. — Le nervosisme continu ou rémittent se présente sous deux formes : à l'état aigu et à l'état chronique. La première, infiniment plus rare que l'autre, est toujours accompagnée de fièvre et produit rapidement les plus graves désordres. La seconde se prolonge sans fièvre pendant des mois ou des années, et il faut que l'état général s'aggrave beaucoup pour que survienne l'état fébrile et ses fâcheuses conséquences de marasme ou de consomption. Chacun de ces modes peut être primitif ou secondaire. — Le nervosisme aigu ou primitif succède aux grandes fatigues et aux grandes perturbations morales ; il débute avec une grande intensité par de la fièvre, de la dyspepsie secondairement suivie d'autres troubles nerveux fonctionnels. Le nervosisme aigu secondaire débute dans la convalescence d'une maladie aiguë ou dans le cours d'une phlegmasie chronique mal traitée, etc., par des phénomènes semblables associés à quelques autres symptômes dépendant de la maladie principale. Le nervosisme chronique est beaucoup plus souvent secondaire que primitif. Il se développe d'une manière progressive et offre deux degrés qui résultent de son intensité. — Chez les malades qui succombent à la suite du nervosisme aigu ou chronique sans complication, la nécropsie ne fait découvrir aucune altération matérielle capable de rendre compte des désordres observés pendant la vie. Mais si l'absence d'altérations cadavériques démontre que le nervosisme n'a pas de base matérielle solide dans l'organisme, il n'en faut pas conclure qu'il existe sans trouble organique. Son point de départ est souvent une altération de composition du sang.

— *Asthme guéri par l'emploi des Eaux-Bonnes*, par M. Cazenave (Union médicale de la Gironde, juin).

— *Névropathie générale sous la dépendance d'une affection de l'utérus. — Traitement hydrothérapique. — Guérison*, par M. Allain (Moniteur des hôpitaux, p. 268).

— *De l'ataxie locomotrice progressive. — Recherches sur une maladie caractérisée spécialement par des troubles généraux de la coordination des mouvements*, par M. Duchenne (Archives gé-

nérales de médecine, décembre, p. 641). — N'a pas encore été publié en entier.

— *Ataxie musculaire*, par M. Landry (Moniteur des hôpitaux, p. 1174). — M. Landry écrit pour établir ses droits à la priorité sur ce sujet et fait reproduire un mémoire publié en 1855, dans les Archives, ayant pour titre : *Mémoire sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire*.

— *Cas grave d'affection paralytique généralisée. — Prompte guérison*, par M. Duval (Moniteur des hôpitaux, p. 923). — La guérison a été obtenue par l'hydrothérapie.

— *Affection nerveuse singulière*, par M. L. Sandras (Académie des sciences, 22 mars). — Il s'agit d'un jeune homme qui a éprouvé, plusieurs fois et sans cause connue, une altération de la vue qui lui rendait la lecture impossible, quoiqu'elle ne l'empêchât pas de distinguer les objets qui l'entouraient.

— *Diaphragmodynie*, par M. Chenevier (Gazette des hôpitaux, p. 138). — Trois observations ; cette affection se montre chez l'adulte, sous l'impression du froid ; douleur aux attaches du diaphragme, n'augmentant pas par la pression, rendant les fortes inspirations impossibles ; quelquefois du hoquet.—Diagnostic par exclusion. — Durée : 1 heure à 8 heures. — Ventouses, calmants.

— *De l'inflammation des sinus cérébraux, suite d'otite interne*, par M. Weil (Thèses inaugurales de Strasbourg).

— *Dépôts calcaires dans le périoste de l'oreille interne*, par M. Bottcher (Archives générales de médecine, septembre, p. 354). — Ces dépôts, que l'on rencontre rarement chez les enfants, sont formés de phosphate de chaux et ne paraissent exercer aucune influence sur l'ouïe.

— *De la valeur de la faradisation de la corde du tympan et des muscles moteurs des osselets, appliquée au traitement de la surdité nerveuse*, par M. Duchenne (Bulletin de thérapeutique, p. 105). — Ce qui, dans ce mémoire, se rapporte à la thérapeutique, a été ainsi résumé : 1° La surdité nerveuse hystérique guérit en général par l'excitation électrique de la corde du tympan et des mouvements de la chaîne des osselets ; — 2° quelques surdités nerveuses consécutives aux fièvres éruptives, continues, etc., guérissent par ce même traitement, quelque anciennes qu'elles soient, et bien que leur résistance aux autres traitements leur ait donné une apparence d'incurabilité ; — 3° probablement l'action thérapeutique du procédé de faradisation employé dans ces recherches est due principalement aux ondulations du liquide labyrinthique, produites par l'ébranlement de la chaîne des osselets et conséquemment de la fenêtre ovale ; — 4° l'exploration électrique de l'oreille ne fournit aucun signe pathognomonique qui permette de pronostiquer l'incurabilité de la surdité.

— *Organes auditifs d'un sourd-muet*, par M. Hélie (Archives générales de médecine, octobre, p. 485). — Description de différentes anomalies dans les oreilles internes de deux sourds-muets de naissance.

— *Surdité, suite d'otorrhée chronique.— Guérison par l'emploi de la teinture d'iode*, par M. Valerio (Union médicale de la Gironde, nº 2).

— *Altérations de l'oreille interne chez un sourd-muet*, par M. Gellé (Bulletin de la Société anatomique, p. 330). — Cette préparation très-bien faite a montré les lésions suivantes : Soudure des articulations des osselets. — Soudure des osselets avec les parois. — Immobilité complète qui en résulte. — Absence de fenêtre ronde. — Impossibilité de tendre ou de relâcher la membrane du tympan et celle de la fenêtre ovale. — D'où surdité complète.

— *Dans quels cas doit-on employer les émissions sanguines au début des fièvres exanthématiques, et notamment de la scarlatine*, par M. Bertulus (Presse médicale de Marseille, juin). — Cette leçon a pour but de démontrer que les émissions sanguines peuvent trouver leur indication au début des fièvres exanthématiques et qu'elles favorisent dans ces cas l'éruption, au lieu de l'empêcher. Il ne faut pas en abuser; le tact du praticien doit juger de leur emploi dans une juste mesure.

— *Note pour servir à la rétrocession des exanthèmes*, par M. Hervieux (Union médicale, p. 385). — M. Hervieux, après avoir rappelé différentes opinions sur la rétrocession des exanthèmes, rapporte un fait, ayant pour titre : « Ezéma chronique du membre inférieur droit ; traitement par les cataplasmes et la position horizontale ; fièvre catarrhale; suppression de l'exanthème ; accidents graves ; emploi des sinapismes qui donnent lieu à une gangrène locale ; guérison. « Les réflexions qui accompagnent le récit de M. Hervieux, se terminent par le précepte d'agir, en pareil cas, par tous les révulsifs possibles, de manière à produire sur la région naguère occupée par l'exanthème une inflammation violente, susceptible de détourner sur ce point l'attention et les forces de l'économie.

— *Des éruptions particulières survenues chez des jeunes sujets opérés de trachéotomie*, par M. Sée (Union médicale, p. 395). — M. Sée a observé, chez les enfants opérés de la trachéotomie, le surlendemain de l'opération, des éruptions, dont les unes constituées par des taches rouges, durant deux jours, sont érythémateuses ou scarlatiniformes, tandis que les autres sont tout à fait analogues à la scarlatine ; pointillé, desquamation, albuminurie et hydropisie. — Comme ces éruptions diffèrent de la scarlatine par leur durée et par l'absence de la fièvre, il faut en

faire une classe à part; — elles n'ont du reste aucune influence sur le croup.

— *Des éruptions qui compliquent la diphthérie et de l'albumine considérée comme symptôme de cette maladie*, par M. Maugin (Moniteur des hôpitaux, p. 1035, et Paris, imprimerie Dubuisson; in-8, 32 pages.).— M. Maugin discute le travail de M. Sée et arrive aux conclusions suivantes, touchant les éruptions : les éruptions qui surviennent pendant le croup sont ou des érythèmes ou des scarlatines. — Les érythèmes tiennent : 1° à l'état fébrile qui congestionne la peau chez les enfants, et ils peuvent appartenir à d'autres affections aussi bien qu'à la diphthérie; — 2° ils appartiennent à certaines constitutions ou dispositions antérieures, comme le cas d'urticaire que nous avons cité; — 3° ils ne sont pas différents de ceux qu'on observe dans quelques cas d'empoisonnement virulents, miasmatiques, etc. — Aucun n'est propre à la diphthérie. — La scarlatine peut être tardive, régulière, non influencée par la diphthérie ou par l'opération de la trachéotomie. — Elle peut se montrer dans les premiers jours de la diphthérie et conserver les allures normales. Elle peut, en survenant pendant les premiers jours de la diphthérie et peu de temps après la trachéotomie, être modifiée dans sa marche. Enfin il y a actuellement un grand nombre de scarlatines, en même temps qu'une épidémie de croup; les deux maladies sont contagieuses; tous les faits prouvent que l'existence préalable d'une de ces maladies n'empêche pas la contagion de l'autre. — Quant à l'albumine, l'auteur dit, d'après les malades qu'il a eus sous les yeux : 1° que l'albumine existe dans les urines de la majorité des diphthéritiques; — 2° que ce principe apparaît dans les premiers jours de la maladie et très-rapidement en grande quantité; — 3° que l'albuminurie disparaît lentement, après avoir produit les différents désordres qu'on est accoutumé de lui attribuer : anasarque, amaurose. — Cet intéressant mémoire est suivi de plusieurs observations.

— *De la roséole miliaire avec exanthème bucco-pharyngien, pouvant simuler la scarlatine*, par M. Gubler (Moniteur des hôpitaux, p. 1066). — M. Gubler pense que l'on décrit, comme appartenant à la scarlatine, des éruptions qui s'en distinguent. Il décrit, en prenant pour exemples quatre observations, une forme de roséole miliaire avec exanthème bucco-pharyngien, et il propose d'établir, à côté des fièvres exanthématiques, une affection générale plus voisine de la scarlatine que de toutes les autres, tant par le siége de ses déterminations morbides que par leurs caractères anatomiques, mais très-différente de la scarlatine par la gravité et par certains autres caractères (urines).

— *Traitement des accidents qui surviennent dans la période prodromique de la rougeole*, par M. Trousseau (Journal de mé-

decine et de chirurgie pratiques, avril).— M. Trousseau s'occupe des convulsions, de la toux croupale, des épistaxis, de l'otite et des accidents thoraciques. — Il proscrit les émissions sanguines et n'emploie que des moyens très-anodins, si ce n'est contre les accidents thoraciques, qu'il combat avec avantage par les vomitifs.

— *De la rougeole et de ses complications*, leçon de M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 597, et Union médicale, p. 422).

— *De la rougeole*, leçon de M. Delpech (Gazette des hôpitaux, p. 197). — Le professeur s'occupe surtout du diagnostic de la rougeole.

— *Rapport particulier sur l'épidémie de rougeole adynamique qui a sévi à Callas* (Var), *avril, mai, juin et juillet* 1858, par M. Marié (Draguignan, imprimerie Garcin; in-8, 39 pages). — Cette brochure contient le récit de l'épidémie observée par M. Marié. La constitution atmosphérique est notée avec soin, ainsi que la topographie du théâtre de l'épidémie. L'auteur attribue le caractère adynamique au génie de l'épidémie et à la mauvaise hygiène habituelle de ses malades, qui étaient affaiblis par le travail et une alimentation insuffisante. Les toniques lui ont donné de bons résultats : la mortalité a été de 1 sur 78.

— *Mémoire sur la rougeole épidémique qui a régné à Abbeville* (Somme) *pendant l'année* 1855, par M. Hecquet (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-4, 77 pages).

— *Etude sur le traitement prophylactique de la scarlatine, par la belladone et par l'inoculation*, par M. Raoul Leroy, d'Etiolles (Gazette hebdomadaire, p. 314). — Cet auteur pense que la belladone est le seul médicament prophylactique qui préserve à peu près efficacement de la scarlatine ; il fait observer que ce médicament a échoué dans les mains de plus d'un praticien. — L'inoculation a échoué jusqu'à présent comme prophylactique.— Discussion des travaux faits sur ce point de la science.

— *Prédominance de la scarlatine dans les classes riches*, par M. Bakewell (Gazette médicale de Lyon, p. 484). — A la Société médico-chirurgicale de Londres, M. Hall Bakewell a déclaré que la scarlatine était toujours plus grave dans la classe moyenne que parmi les indigents. Cette proposition est le résultat de la comparaison des chiffres donnés par le Registraire général.

— *Anasarque scarlatineuse compliquée d'angine couenneuse et croup, avec extension des fausses membranes, jusque dans la partie supérieure de l'œsophage*, par M. Millard (Bulletin de la Société anatomique, p. 87).

— *De l'emploi de la quinine et du chlorate de potasse dans le traitement de la scarlatine*, par M. Goslee (The Cincin. Lancet and Observ., juin, et Gazette hebdomadaire, p. 862). — Dans une épidémie de scarlatine avec angines intenses, on voit que le chlo-

rate de potasse a eu un bon résultat sur la marche des ulcérations pharyngiennes. Il est plus difficile de constater les bons effets du sulfate de quinine, que l'auteur administrait, d'après l'idée qu'il a de l'analogie de la scarlatine et de la fièvre rémittente.

— *Varioloïde.— Influence de la vaccination*, par M. Duhamel (Gazette des hôpitaux, p. 95). — L'auteur attribue à la vaccination antérieure la bénignité d'une varioloïde confluente, qu'il a observée.

— *Varioloïde apparaissant au troisième jour de la vaccination*, par M. Gillette (Union médicale, p. 64). — Cette éruption, décrite dans ses ouvrages, a été très-simple et n'a produit aucun accident.

— *Histoire succincte de l'épidémie de petite variole de Cadix, en* 1856, par M. Drumen (Moniteur des hôpitaux, p. 835).

— *Sur une forme particulière de variole compliquée d'éruption purpurique, désignée en Angleterre sous le nom de* VARIOLOUS RASH, leçon de M. Delpech (Gazette des hôpitaux, p. 146). — Observation : à la partie supérieure des cuisses et à la région hypogastrique, on a vu, avant l'éruption des pustules, de petites taches intradermiques, sans élevure à la peau, d'une teinte écarlate, formant un pointillé très-fin et très-abondant, ne se réunissant pas en plaques, ne s'effaçant pas sous la pression des doigts, ne présentant à leur surface aucune vésicule. La variole n'est pas grave, quand elle est précédée de cette éruption.

— *Quelques considérations sur la vaccine*, par E. Donadieu (Thèses de Paris, n° 152).

— *De l'état actuel des esprits relativement à la vaccine*, par M. Lasègue (Archives générales de médecine, septembre, p. 335). — Article de revue critique, dans lequel sont analysés les ouvrages de Balfour, Marson, Seaton, Friedinger, Simon. Tous ces auteurs, ayant fait des relevés considérables, ont proclamé les vertus de la vaccine. — Il est important de s'assurer que la vaccination a été faite régulièrement.

— *Quelques mots sur le vaccin et ses détracteurs*, par L. Rivière (Thèses de Paris, n° 173).

— *Diverses publications sur la vaccine, la revaccination, la variole, etc.*, par M. Linas (Gazette hebdomadaire, p. 676). — Revue critique et analyse de plusieurs publications récentes.

— *De la vaccine, de la revaccination et de l'inoculation*, clinique de M. Trousseau (Union médicale, p. 154).

— *Mémoire sur la revaccination*, par M. Vleminck (Archives de médecine, 15 juin). — Il résulterait des faits et des expériences de M. Vleminck que la revaccination ne produit des effets utiles que sur un petit nombre de sujets; que le variolé doit s'y soumettre avec bien plus de raison que le vacciné; qu'elle réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée à une époque plus éloignée

du moment de la première vaccination ou d'une atteinte antérieure de variole. — Pour la généralité des hommes, le retour de la réceptivité ne commencerait qu'à partir de vingt-cinq ans ; elle serait très-intense de quarante à soixante ans, deviendrait extrême passé ce temps. — M. Vleminck en conclut que, jusqu'à vingt-cinq ans, la revaccination est inutile ; à partir de trente-cinq ans, au contraire, elle devient véritablement préservatrice et nécessaire.

— *De la revaccination dans les lycées*, par M. Rémilly (Moniteur des hôpitaux, p. 452). — M. Rémilly donne les résultats d'un grand nombre de revaccinations qu'il a pratiquées ; il pense que cette opération, insignifiante comme gravité, doit être pratiquée dans les lycées, parce que seule elle permet de constater l'immunité sous l'influence de la vaccine, et qu'elle peut seule préserver de la variole.

— *Dangers de la revaccination*, par M. Larrey (Académie de médecine, 20 juillet). — A la suite de revaccinations convenablement pratiquées, plusieurs artilleurs ont éprouvé des accidents généraux et locaux ; M. Larrey montre qu'aucun de ces accidents ne doit être attribué à la revaccination. Il conseille, dans ces cas, de ne revacciner qu'un petit nombre d'hommes à la fois, à cause des exigences du service ; — de ne vacciner que les hommes de bonne volonté ;— de revacciner au printemps ou à l'automne seulement ; — d'astreindre les hommes revaccinés au repos pendant une semaine, et de ne pas se borner à le leur conseiller ; au besoin, on les consignerait au quartier, loin des écuries ; — de s'assurer de la bonne qualité du vaccin et de la santé des hommes ; — surtout de suspendre la revaccination aussitôt que des accidents sont signalés à la suite de cette petite opération.

— *Extrait d'un rapport annuel sur la vaccine*, par Meynier (Gazette médicale, p. 234). — Cet extrait fait connaître les règles suivies par l'auteur pour recueillir et conserver le vaccin.

— *Avis du collége de médecine de Prague, en réponse aux questions sur la vaccine adressées par le gouvernement anglais* (Gazette médicale, p. 519). — La vaccine ne préserve pas de la variole d'une manière absolue, mais elle en diminue considérablement le nombre et la gravité ; aucun fait ne permet de dire que l'on contracte plus facilement d'autres affections, quand on est vacciné ; on ne transmet pas d'autres maladies par la vaccination, si ce n'est la syphilis, dans des circonstances faciles à éviter ; — la vaccination doit être faite dès l'enfance.

— *De la suette miliaire*, par M. Fontaine (Thèses de Paris, n° 247).

— *Quelques cas de fièvre sudorable ou suette*, par M. Liegey (Union médicale, p. 69). — L'auteur promet plusieurs observations ; il n'en donne qu'une, ayant pour titre : « Suette rémittente

pernicieuse typhoïde; efficacité de l'emploi des préparations de quinquina. »

— *Recherches sur les véritables causes de l'impaludation*, par M. E. Burdel (Académie des sciences, 7 juin). — « Je crois, dit l'auteur, avoir suffisamment démontré dans ce mémoire que le miasme fébrifère n'est pas constitué par un agent toxique, poison formé de détritus organiques suspendus dans l'air; que, par conséquent ni les plantes, ni les animaux microscopiques ou autres, ni les gaz, qu'on avait cru contribuer au développement de ce fléau, ne sont pour rien dans ce qu'on appelle l'*effluve paludéen*; qu'au contraire, la véritable cause de l'impaludation réside tout entière dans une perturbation spéciale du fluide électrique de l'atmosphère. » (Commissaires : MM. Serres, Becquerel, Payen.)

— *De l'origine miasmatique des fièvres endémo-épidémiques, dites intermittentes, palustres ou à quinquina*, par M. Jacquot (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8, p. 157 à 276, 2e partie; la première a paru en 1854).

— *Fièvres périodiques compliquées d'état typhique. — Epidémie observée à bord de la frégate* la Constitution, *en janvier* 1854, par Bonnaud (Thèses de Paris, n° 100).

— *Fièvre pernicieuse hémiplégique*, par M. Chiapole (Gaz. medica italiana, Stati sardi, nov.). — Cette fièvre s'est montrée chez une jeune fille, convalescente d'un érysipèle; en même temps que se déclaraient les symptômes ordinaires, la malade eut une paralysie complète de tout le côté gauche. Le sulfate de quinine dissipa tous les accidents en trois jours, après trois accès de moins en moins forts.

— *Du miasme paludéen*, par A. Desfosses (Thèses de Paris, n° 231).

— *Mort apparente dans le cours d'un accès de fièvre intermittente pernicieuse, avec suspension des battements du cœur. — Rétablissement après quatre heures de soins persévérants*, par M. François (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique). — Le médecin a employé tous les révulsifs de la peau et tous les excitants avec une grande persévérance : succès.

— *De la cachexie paludéenne*, par M. Noblet (Thèses de Paris, n° 123).

— *Recherches sur les fièvres paludéennes, suivies d'études physiologiques et médicales sur la Sologne*, par M. Burdel (Paris, V. Masson; gr. in-18, V, 240 pages).

— *Rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes, simples et pernicieuses, qui a régné en* 1856 *et* 1857, *à Pérignat-lez-Allier* (Puy-de-Dôme), par M. Nivet (Clermont, Thibard; in-8, 46 pages).

— *Des fièvres intermittentes, simples et pernicieuses. — De la dysentérie. — Considérations pratiques*, par M. E. Vidal (Paris, imprimerie Martinet; VI, 61 pages).

— *Fièvre intermittente quotidienne et chronique, survenue sans cause efficiente appréciable*, par M. Berthier (Revue thérapeutique du Midi, p. 27).

— *Mérycisme abdominal, comme symptôme d'une fièvre intermittente larvée*, par M. Clément (Gazette médicale, p. 808).

— *De la fièvre pernicieuse observée en Italie, et de son traitement*, par M. Giard (Thèses inaugurales, Strasbourg).

— *Note sur la durée de l'incubation dans la fièvre paludéenne, observée à bord du brick-transport* la Pintade, par M. Senard (Union médicale, p. 14). — Récit d'un voyage, qui semble démontrer que des fièvres intermittentes ont pu se développer après une incubation de cinquante jours.

— *Des fièvres miasmatiques*, par M. Audouard (Revue thérapeutique du Midi, p. 213).— Conclusion de l'auteur : « J'ai cherché à répandre quelque lumière sur la pyrétologie miasmatique, qui depuis le commencement de ce siècle a été l'objet d'une grande controverse. Pour cela, je suis parti d'une base naturelle, la dissolution putride des êtres qui ont cessé de vivre (les végétaux et les animaux), deux sources d'infection ou de miasmes, résultats inévitables de la mort de ces êtres. De là : 1° des miasmes végétaux produisant les fièvres intermittentes, que l'on peut avoir plusieurs fois et qui ne sont pas transmissibles ; — 2° des miasmes animaux, d'où proviennent des fièvres continues ou les typhus, que l'on n'a qu'une fois et qui sont transmissibles. Les miasmes végétaux, étrangers à la nature humaine par leur origine, sont moins nuisibles à l'homme que les seconds, qui agissent dans le corps humain comme des ferments qui y trouvent des conditions favorables à leur développement et à leur reproduction. Mais, ayant pris cette autre base, savoir, le type des fièvres, j'ai dû reconnaître que toutes ne sont pas intermittentes ou continues; de là des fièvres rémittentes, qui procèdent des deux sortes de miasmes ou infections. Par toutes ces recherches, je suis conduit à cette conséquence générale, que l'intensité des maladies dont il vient d'être question est en raison de l'intensité de la cause qui les produit. Ainsi les fièvres intermittentes pernicieuses sont dues à une forte intoxication miasmatique végétale, activée par la chaleur, et les intermittentes simples à un degré inférieur de cette même intoxication. De même, le typhus d'hôpital ou des prisons ne diffère de la fièvre typhoïde que par le degré des symptômes, parce qu'il vient d'une intoxication miasmatique animale plus forte que celle d'où cette dernière fièvre provient. »

— *Un cas de fièvre intermittente, pernicieuse, syncopale de Torti. — Considérations sur le diagnostic de cette affection*, par M. Fonssagrives (Union médicale, p. 413). — Cette forme de fièvre, caractérisée par de nombreuses syncopes, est rare,

M. Fonssagrives en rapporte une observation. Par l'existence même de la syncope, il est facile de ne pas confondre cette fièvre avec les autres fièvres pernicieuses. Il est plus difficile de la distinguer de certaines autres affections syncopales et en particulier de la syncope, qui se montre avec un état graisseux du cœur. Dans le doute, il faut administrer le sulfate de quinine.

— *Du traitement des fièvres intermittentes rebelles par l'eau froide et au moyen des procédés les plus simples et les plus faciles*, par M. Dauvergne (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 145). — L'auteur rapporte des observations de guérison ; pour guérir des fièvres intermittentes graves, anciennes, rebelles, il n'est besoin que des instruments les plus simples (douches avec une seringue, un arrosoir, etc., etc.). Les autres principes ne diffèrent pas de ceux qui sont généralement connus.

— *Du traitement des fièvres intermittentes par les douches d'eau froide*, par M. Imbert-Gourbeyre (Moniteur des hôpitaux, p. 841). — Cet article contient le résumé d'un grand nombre d'observations de fièvres intermittentes traitées par les douches d'eau froide. A côté des succès, il y a quelques insuccès ; l'auteur pense que ce traitement, sans être spécifique, a une grande valeur et guérit le plus souvent.

— *Note sur les propriétés antipériodiques et fébrifuges de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier*, par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 433). — M. Aran montre les avantages que pourrait présenter un fébrifuge, beaucoup moins cher que le sulfate de quinine ; il rappelle que les feuilles et l'écorce d'olivier ont été déjà employées comme antipériodiques, avec le plus grand succès. — Quant à lui, il a traité par ce médicament des fièvres intermittentes légitimes, des accès fébriles intermittents, des fièvres erratiques, et toujours il a obtenu une prompte guérison, surtout dans les cas de fièvres erratiques. — Il a employé l'extrait hydro-alcoolique de feuilles d'olivier, préparé par M. Faucher, habile pharmacien, qui a fait sur ce sujet de longues et consciencieuses études. Dose : 60 centigrammes à 1gr,20 par jour, en pilules de 15 centigrammes, soit seul, soit associé à l'aloès.

— *Recherches cliniques sur le traitement des fièvres intermittentes et des névralgies périodiques par l'apiol*, par M. Duclos (Moniteur des hôpitaux, p. 889). — L'auteur résume ainsi le résultat de ses observations : Dans la première, il s'agit de névralgies intermittentes, otalgie, tic douloureux de la face, etc., etc. Dans la seconde, il s'agit de fièvres intermittentes et de fièvres larvées extrêmement rebelles. — C'est dans les névralgies intermittentes que l'action de l'apiol nous a paru avoir les résultats les plus merveilleux ; au contraire, dans les fièvres larvées, rebelles surtout, et dans les fièvres intermittentes ordinaires, son

action thérapeutique nous a semblé bien plus limitée. — L'apiol a été prescrit à la dose de *trois capsules*, quelques heures avant l'accès.

— *De la chinidine et de son action dans la fièvre intermittente*, par M. Spitzner (Archives de Vierordt et Gazette médicale de Paris, p. 87). — La chinidine est un nouvel alcaloïde du quinquina, qui guérit à peu près comme la quinine et doit se donner à des doses plus élevées.

— *Un mot sur les fièvres intermittentes rebelles et sur leur cure radicale, par la saignée du pied pratiquée au début de l'accès*, par M. Brugnier (Paris, imprimerie Lacour; in-8°, 16 pages).

— *Sur l'emploi des ventouses scarifiées dans le traitement de la fièvre intermittente*, par M. Nonat (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 228). — M. Nonat a préconisé l'emploi des ventouses scarifiées sur l'hypocondre gauche, comme auxiliaire du sulfate de quinine, dans le traitement de la fièvre intermittente. Il emploie les ventouses dans les cas où il y a une douleur fixe ou bien une grande intumescence de la rate. — Il retire 100 à 125 grammes de sang. — Une observation.

— *Remarques sur le traitement des fièvres intermittentes de Kampter (près Nagpore)*, par M. Shortt (The indian Annals of med. Science et Gazette hebdomadaire, p. 283). — Les doses fractionnées de sulfate de quinine ne donnent pas un aussi bon résultat que 1gr,50 du même médicament donné d'un seul coup, après le stade de chaleur.

— *Le chloroforme employé comme fébrifuge* (La España medica, octobre). — Le chloroforme serait un antipériodique, à la dose de 4 ou 5 gouttes dans un peu d'eau, avant chaque accès. — D'après deux autres médecins, il n'aurait pas d'autre action que de diminuer les accès, qui ne seraient guéris que par la quinine.

— *Note pour servir à l'histoire de la fièvre pernicieuse chez les jeunes enfants*, par M. Guiet (Gazette médicale de Paris, p. 80).— L'auteur s'étonne du silence des auteurs sur cette affection, moins rare que l'on ne pense ; il rapporte quatre observations et insiste sur l'administration du sulfate de quinine, si l'on veut éviter une mort certaine.

— *De la fièvre intermittente chez les enfants*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 221). — M. Bouchut, dans cette leçon, étudie quelques particularités de la fièvre intermittente chez les enfants. Les accès pernicieux existent ; le stade de froid manque avant l'âge de deux ans. La fièvre détériore rapidement la constitution. Au sulfate de quinine, il faut préférer la quinine brute, à la dose de 25 à 30 centigrammes, dans du lait.

— *Etude sur l'étiologie, la nature et le traitement de la maladie dite fièvre typhoïde*, par H. Faget (Thèses de Paris, n° 154).

— *Fièvre typhoïde simulant au début une fièvre intermittente. — Considérations cliniques sur les prétendues transformations morbides* (Gazette des hôpitaux, p. 46). — M. Trousseau, à propos d'un cas de fièvre typhoïde qui avait présenté au début des accès intermittents, dit que ces faits s'observent quelquefois et qu'on voit aussi des fièvres intermittentes être tout d'abord continues. Il faut, dans ces cas douteux, savoir attendre : l'affection ne tardera pas à se montrer avec ses véritables caractères ; le traitement n'en change pas la nature.

— *Sur la fièvre pseudo-continue, simulant la fièvre typhoïde*, par M. Riembault (Gazette médicale de Lyon, p. 102). — Dans les pays marécageux, et à Commentry en particulier, où M. Riembault a observé, il y a des fièvres qui débutent par des accès qui se rapprochent bientôt, au point que la fièvre devient continue, et alors l'affection présente tous les caractères de la fièvre typhoïde. Il est important de ne pas confondre ces deux maladies, parce que la fièvre pseudo-continue doit être traitée par le quinquina, comme les autres affections d'origine palustre.

Fièvre ataxique guérie par la méthode réfrigérante, par M. Hiard (Gazette des hôpitaux, p. 43). — L'auteur parle d'une fièvre ataxique particulière, caractérisée par la chaleur exagérée des pieds et des mains, et qui amènerait constamment la mort par la congestion du cerveau et des poumons vers le sixième jour, si, après une ou deux saignées, on n'a pas recours, soit aux douches d'eau tiède sur l'abdomen, soit à la réfrigération par l'eau froide en boissons et en lavement.

— *Mémoire sur une épidémie de fièvres typhoïdes observées à Moulins-la-Marche, pendant les années* 1855 *et* 1856, par M. Ragaine (Paris, Germer Baillière ; in-8°, VIII, 120 pages).

— *Considérations sur quelques cas de fièvre typhoïde*, par M. Bosredon (Académie des sciences, 22 février). — L'auteur, qui a eu occasion de suivre pendant les trois dernières années, dans le canton de Saint-Macaire (Gironde), des épidémies de fièvre typhoïde, rapporte quelques-unes des observations qu'il a recueillies et les fait précéder de considérations générales. En terminant son mémoire, il résume dans les propositions suivantes les résultats auxquels l'a conduit l'étude de cette maladie : 1° La fièvre typhoïde ne doit pas son développement à la pratique de la vaccine ; — 2° la fièvre typhoïde peut récidiver ; — 3° la fièvre typhoïde est contagieuse.

— *Du traitement de la fièvre typhoïde, par la méthode de M. Worms*, par M. Le Cler (Paris, imprimerie Remquet ; in-8°, 112 pages).

— *Des fièvres graves de Xaintrailles, pendant la fin de l'été et de l'automne de l'année* 1857, par M. Maisonnier (Nérac, imprimerie Bouchet ; in-8°, 15 pages).

— *Epidémie de fièvre typhoïde à Besançon* (*septembre* 1856 *à septembre* 1857), par M. Chenevier (Besançon, Jacquin; in-8°, 16 pages).

— *Epidémie de fièvre typhoïde paraissant trois fois en quarante ans, après la coupe d'un bois faite trois fois à vingt ans de distance,* par M. Le Cottier (Union médicale, p. 3).

—*Etude sur la dothiénentérie.—Considérations sur les troubles fonctionnels du foie dans cette affection,* par M. Blachez (Thèses inaugurales de Paris, n° 4). — M. Blachez expose les opinions de M. Beau sur la pathogénie de la fièvre typhoïde ; il passe rapidement sur l'historique et les symptômes ; avec M. Beau, il regarde la fièvre typhoïde comme une fièvre éruptive, mais l'éruption ne siége pas à la muqueuse intestinale, mais bien à la peau, où elle est représentée par les taches lenticulaires ; cette éruption, du reste, n'a qu'une importance secondaire; elle est dominée par l'état général, dont elle n'est que la marque et l'enseigne. La cause des phénomènes morbides est la présence dans l'intestin du liquide dothiénentérique; ce liquide est de la bile viciée et promptement altérée dans le tube intestinal ; c'est lui qui produit les ulcérations de la muqueuse avec laquelle il est en contact; c'est lui qui, absorbé, produit l'infection générale, la septicémie, d'où dépendent tous les phénomènes ataxo-adynamiques ; le sang est, en outre, altéré par une perturbation fonctionnelle du foie inhabile à sécréter la fibrine ou à lui faire subir les modifications nécessaires. Le traitement, basé sur ces idées, consiste dans l'emploi des évacuants.

— *Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde*, par M. Rostan (Gazette des hôpitaux, p. 5). — Cette leçon est consacrée à l'énumération de plusieurs traitements, expectant, antiphlogistique, évacuant, etc. M. Rostan n'en admet aucun d'une manière générale ; il se laisse guider par les indications offertes par chaque cas particulier.

— *De la fièvre typhoïde,* par Grazais (Thèses de Paris, n° 125).

— *Du traitement de la fièvre typhoïde*, par M. Gaume (Thèses de Paris, n° 50).

— *Diète dans les fièvres typhoïdes*, par M. Dauvergne (Gazette des hôpitaux, p. 134). — L'auteur pense que la diète est la plus puissante médication à opposer à la fièvre typhoïde ; elle est le principal moyen d'agir contre le principe morbide producteur ; d'après les faits qu'il a observés, il vaut mieux incliner à trop qu'à trop peu de rigueur.

— *De la nature et des divers traitements de la fièvre typhoïde ou dothiénentérie*, par Ch. Millot (Thèses de Paris, n° 65).

— *Du traitement de la fièvre typhoïde, par le tartre stibié, suivant la méthode italienne* (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 481). — Article de critique sur les travaux de M. Renouard;

l'auteur reconnaît que dans certains cas de fièvre typhoïde pectorale, avec congestion des poumons, le tartre stibié, à la dose de 15 à 20 centigrammes, peut être indiqué et donne de bons résultats.

— *Quelques considérations sur la fièvre typhoïde en général. — Quelques mots sur sa forme ataxique observée chez les enfants*, par A. Barrot (Thèses de Paris, nº 22).

— *Hémorrhagie intestinale consécutive, due à la présence d'une ulcération dans le cours d'une fièvre typhoïde*, par M. Dupuis (Société de biol. et Gazette médicale de Paris, p. 225).

— *De la fièvre typhoïde. — Quelques considérations sur cette maladie dans les campagnes*, par A. Rabasse (Thèses de Paris, nº 167).

— *Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde*, par M. Leudet (Archives générales de médecine, octobre, p. 407). — M. Leudet rapporte des observations, et résume ainsi le résultat de ses recherches : 1º Les hydropisies surviennent quelquefois à la suite de la fièvre typhoïde, caractérisée à Rouen comme à Paris par des ulcérations des follicules de l'intestin. — 2º Ces hydropisies ne sont signalées, dans les ouvrages classiques, que sous formes d'œdèmes de peu d'importance du tissu cellulaire des membres inférieurs ; elles ont été signalées sous forme d'anasarque généralisée en Allemagne principalement. — 3º A Rouen, l'anasarque a été ou généralisée, ou localisée aux membres inférieurs. — 4º L'hydropisie peut être générale d'emblée, ou, primitivement développée aux membres inférieurs, s'étendre à tout le reste du corps. — 5º Dans les faits que nous avons observés, il n'y a jamais eu d'ascite, une fois une péritonite. — 6º L'œdème est indolore et incolore. — 7º Il survient le plus souvent sans prodrome, et coïncide souvent avec un peu d'exacerbation du mouvement fébrile, avec des sueurs, une éruption abondante de *sudamina*, et une bronchite intense. Son apparition a lieu en général à la deuxième ou troisième semaine de la maladie, il disparaît en deux ou trois semaines. — 8º Jamais nous n'avons constaté, dans ces cas, d'albuminurie ou des lésions des reins, phénomènes indiqués par quelques auteurs. — 9º La cause de ces œdèmes paraît être la faiblesse de constitution des individus de notre ville, et la nature même de la fièvre typhoïde, qui s'accompagne plus fréquemment qu'ailleurs de stomatites, de pleurésies, etc. Les pyrexies et les phlegmasies ont du reste en général le caractère adynamique. — 10º L'anasarque n'offre aucune gravité; il prolonge la durée de la convalescence. — 11º Le traitement consiste en toniques exclusivement.

— *Fièvre typhoïde de moyenne intensité. — Symptômes d'anasarque et d'ascite. — Mort*, par M. Martin (Moniteur des hôpitaux, p. 83).

— *Sur les taches cutanées observées pendant la période d'augment des fièvres continues, considérés comme moyen de diagnostic*, par M. Kennedy (The Dublin hospital Gazette et Gazette médicale, p. 642). — L'auteur écrit la relation d'une épidémie de typhus qu'il a observée en Irlande; les pétéchies peuvent exister en même temps que les taches rosées; elles peuvent se montrer dans d'autres affections que la fièvre continue, qui, de son côté, n'est pas nécessairement accompagnée d'éruption.

— *Angine laryngée œdémateuse survenue à la suite de la fièvre typhoïde*, par M. Second-Féréol (Bulletin de la Société anatomique, p. 145). — M. Féréol rapporte deux observations d'œdème de la glotte à la suite de fièvre typhoïde, chez les adultes. Dans les deux cas, les malades sont morts. L'œdème de la glotte n'est pas très-rare à la suite de la fièvre typhoïde; la trachéotomie a été rarement pratiquée; elle a toujours échoué.

— *Gangrène du scrotum dans un cas de fièvre typhoïde*, service de M. Delpech (Gazette des hôpitaux, p. 133).

— *Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde*, par M. C. Ducher (Thèses de Paris, n° 40).

— *Considérations sur le typhus qui a régné sur quelques bâtiments de la mer Noire en* 1856, par M. Thibault (Union médicale, p. 62).

— *Recherches sur l'action du calomel dans le typhus intestinal*, par M. Wunderlich (Gazette médicale, p. 441). — Le résultat général de ce travail, basé sur un grand nombre d'observations, c'est que le calomel peut, au début des fièvres typhoïdes, rendre les plus grands services.

— *Du typhus de l'armée d'Orient*, par M. Jacquot (Paris, V. Masson; in-8°, 440 pages).

— *Observations sur le typhus exanthématique*, par M. Wunderlich (Gazette médicale, p. 422, et Union médicale, p. 459). — L'auteur distingue le typhus avec exanthème de la fièvre typhoïde; le premier serait très-contagieux.

— *Des causes du typhus et de sa prophylaxie*, par M. L. Ayasse (Thèses de Paris, n° 138).

— *Scorbut des prisons*, par M. Paul (Echo médical suisse). — La prophylaxie réclame une nourriture variée, animalisée, fraîche, le sel et les épices. Le traitement est exactement celui que tout le monde connaît.

— *Quelques considérations sur le scorbut en Crimée*, par M. Rollin (Thèses inaugurales de Strasbourg).

— *Histoire de l'inoculation préservative de la fièvre jaune, pratiquée par ordre du gouvernement espagnol à l'hôpital militaire de la Havane*, par M. Manzini (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8°, XII, 243 pages).

— *De la transmissibilité et de l'importabilité de la fièvre*

jaune, par M. Schnepp (Union médicale, p. 162). — Revue critique, dans laquelle on trouve analysés bon nombre de travaux écrits sur cette question.

— *Sur la dégénérescence graisseuse du foie dans la fièvre jaune,* par M. Figueira (Gazette médicale de Lisboa, et Gazette hebdomadaire, p. 341).

— *Des moyens de combattre le vomissement dans la fièvre jaune,* par M. de Avelar (Union médicale, p. 491). — Les meilleurs sont les caustiques à l'épigastre, la glace, la quinine, l'éther, la potion de Rivière, le vin de Porto et les cyaniques. — L'Union médicale consacre un article aux émissions sanguines dans la fièvre jaune, et un autre à l'emploi des toniques.

— *Mémoire sur les cas de fièvre jaune épidémique fournis par la frégate* l'Iphigénie, *du 5 au 23 janvier* 1856, *et traités à l'hôpital du camp Jacob (Guadeloupe), suivi de considérations nosologiques sur cette maladie,* par M. Pellarine (Gazette médicale de Paris, p. 186).—Outre les faits intéressants particuliers à cette épidémie, on trouve, dans cet article, des considérations générales importantes : l'auteur regarde comme démontrée la contagion de la fièvre jaune ; il dit que cette fièvre se différencie des fièvres dites essentielles ou pyrexies, et se rattache aux maladies pestilentielles par un ensemble de caractères dont le principal est que le mouvement fébrile ne la constitue pas essentiellement et que l'infection y est en quelque sorte primitive, au lieu que dans les pyrexies elle paraît être accidentelle et consécutive.

— *Epidémie de fièvre jaune à Saint-Pierre (Martinique),* 1856-1857. — *Faits de transmission. — Etudes sur les urines dans la fièvre jaune.— Résultats pratiques,* par M. Ballot (Gazette hebdomadaire, p. 275).— L'auteur a porté son attention sur l'urine, et il a observé qu'un précipité albumineux par l'acide azotique, qu'on ne rencontre jamais dans les fièvres d'origine palustre, se montre dans la seconde période de la fièvre jaune ; que la proportion de ce précipité albumineux s'accroît selon la marche funeste de la maladie, et diminue, au contraire, selon que l'issue doit être heureuse ; et enfin, il a distingué dans la fièvre jaune deux ictères, l'un qui apparaît au début et ne se manifeste par aucun changement particulier dans l'urine ; l'autre qui, se montrant vers la fin de la seconde période et pendant la convalescence, s'accompagne d'urines brunes visqueuses, se colorant en vert par l'acide nitrique.

— *De la fièvre jaune observée à Mount-Pleasant et dans le port de Charleston pendant l'été de* 1857, par M. Kinloch (Revue étrangère, p. 147).

— *La fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans,* par M. Mercier (Gazette des hôpitaux, p. 468 et 567). — La fièvre jaune est à la Nouvelle-Orléans ; ce n'est pas la fièvre intermittente larvée ;

nous ne savons rien de ses causes; les étrangers surtout y sont exposés.

— *Un mot sur l'épidémie de fièvre jaune de Lisbonne en* 1857, par M. Guyon (Gazette médicale, p. 438, et Paris, imprimerie Thunot; in-8°, 31 pages). — Cet article contient sur l'épidémie de Lisbonne des particularités qu'il est difficile de résumer; il se termine par quelques indications bibliographiques. Si, d'après l'auteur, d'un côté, l'opinion de son origine locale ne peut être raisonnablement soutenue; d'un autre côté, celle de son origine étrangère ne saurait être démontrée d'une manière qui satisfasse tous les esprits.

— *De l'épidémie de fièvre jaune qui règne à Lisbonne depuis le commencement de septembre*, par M. Couthino (Gazette hebdomadaire, p. 64). — Extrait de la Gazette médicale de Lisbonne, retraçant le tableau de l'épidémie.

— *De la fièvre bilieuse grave des climats intertropicaux*, par M. Dutroulau (Archives générales de médecine, novembre, p. 553). — La fièvre bilieuse grave a sa topographie particulière sous les tropiques. On la rencontre partout où existe un sol palustre, donnant lieu à toutes les formes graves de la fièvre paludéenne; elle n'appartient pas aux localités non palustres qui ne sont pas habitées par les fièvres de marais. — Ses lésions anatomiques sont encore mal déterminées, parce qu'elles n'ont pas été étudiées jusqu'ici au point de vue de sa nature étiologique. Celles qui sont le plus généralement reconnues, telles qu'elles sont, suffisent cependant pour constituer des caractères distinctifs. Ce sont : le gonflement avec ramollissement de la rate, tel qu'il se présente dans la fièvre paludéenne; la suffusion bilieuse des solides et des liquides que produit habituellement la polycholie; des lésions vasculaires, de fréquence et d'intensité variables, siégeant au cerveau, au foie, et à la partie supérieure du tube digestif, aux organes urinaires, et pouvant être attribuées à une altération du sang par la bile. — Envisagée au point de vue des symptômes et du type, on peut lui assigner deux formes distinctes, qui correspondent à des degrés de gravité différents. — L'une est la fièvre bilieuse intermittente ou rémittente, l'accès jaune sans complications graves, presque uniquement constituée par les symptômes de l'état bilieux fébrile, plus particulière à Madagascar et se rencontrant pourtant dans les autres climats. — L'autre est la fièvre bilieuse continue ou pseudo-continue, la bilieuse hémorrhagique ou hématurique, dont les symptômes bilieux se compliquent de phénomènes ataxo-adynamiques et hémorrhagiques, et qui s'observe surtout aux Antilles, à la Guadeloupe plus qu'à la Martinique. — Ses éléments étiologiques sont de deux ordres, comme les symptômes, et combinent leur action pour produire les résultats pathologiques complexes et graves de la maladie. — Les

uns émanent du sol palustre, comme le prouvent la lésion de la rate, le type, la récidivité et la cachexie, qui sont le caractère de la fièvre. — Les autres dérivent de la météorologie des climats chauds, laquelle a la propriété de produire les symptômes complets, intenses et persistants, de l'état bilieux. — Son traitement se règle sur la prédominance du type ou de la forme symptomatique, et toujours en vue de la double pathogénie et des lésions anatomiques. — Tous les caractères de la fièvre bilieuse grave en font une maladie distincte des maladies bilieuses à localisation organique primitive, telles que l'hépatite, la dysentérie, la pneumonie, l'érysipèle, etc.; — des fièvres simples, palustres ou non palustres, de tous les climats, dont les symptômes bilieux ne sont que passagers et secondaires, et le plus souvent subordonnés à un élément gastrique ; — des fièvres paludéennes graves, très-nombreuses et très-diverses, que les auteurs anglais et américains réunissent sous le titre de rémittente, et dont elle n'est qu'une forme particulière.

— *Diagnostic différentiel de la fièvre pernicieuse ictérique et de la fièvre jaune,* par M. Daullé (Gazette des hôpitaux, p. 6).— M. Daullé décrit une forme de fièvre, très-commune à Mayotte et à Nossi-Bé, et dont le principal symptôme est l'ictère. Il montre qu'elle est d'origine paludéenne et qu'elle diffère beaucoup de la fièvre jaune ; elle guérit par les préparations de quinquina.

— *Etude sur la nature probable du choléra-morbus asiatique et sur son mode de transmission,* par François Fortina (Thèses de Paris, n° 186).

— *Le choléra sur les flottes anglaise et française dans la mer Baltique et la mer Noire en* 1854, par M. de Pieta Sancta (Union médicale, p. 5).

— *Relation succincte de l'épidémie cholérique qui régna à Delhi en* 1856, par M. Balfour (The Indian Annals et Gazette hebdomadaire, p. 283).

— *Rapport statistique sur le choléra épidémique,* par M. Ogima (Moniteur des hôpitaux, p. 894).

— *De l'électricité comme cause de choléra.— De l'hydrothérapie comme moyen de guérison,* par M. Vergé (Foix, imprimerie de Pomiès ; in-8°, 28 pages).

— *Du choléra asiatique,* par M. A. Langlebert (Paris, imprimerie Morris ; in-4°, IV, 19 pages).

— *Du choléra épidémique qui a régné dans l'arrondissement de Bayonne (année* 1855), par M. Bossoutrot (Thèses inaugurales de Paris, n° 11).

— *Histoire médicale du choléra-morbus épidémique qui a régné en* 1854 *dans la ville de Gy (Haute-Saône),* par M. Niobey (Paris, J.-B. Baillière ; in-8°, 175 pages, 1 planche).

— *Albuminurie. — Encéphalopathie urémique. — Concrétion*

fibrineuse polypiforme, développée sur une des valves de la valvule mitrale, par M. Labbé (Bulletin de la Société anatomique, p. 354; 1857).

— *De l'amblyopie et de l'amaurose, dans leurs rapports avec la maladie de Bright*, par M. Wagner (Virchow's Archiv., t. XII, et Archives générales de médecine, mai, p. 612). — L'auteur a étudié l'état de la rétine, au moyen de l'ophthalmoscope: sur 157 malades examinés, il a trouvé des lésions sur 18; ces lésions consistent en une opacité qui a l'apparence d'une fumée, commençant à la papille du nerf optique et s'étendant à toute la face interne du globe de l'œil; c'est, d'après l'auteur, une exsudation plastique; — les vaisseaux paraissent s'oblitérer; — il y a des extravasations sanguines et des taches blanches ou jaunâtres.

— *Anasarque, albuminurie, altération des reins (maladie de Bright).— Dissidence de la clinique et du microscope*, par M. Forget (Gazette des hôpitaux, p. 593). — Un jeune homme succombe avec tous les signes de la maladie de Bright; l'autopsie montre dans les reins la décoloration habituelle de la substance corticale; mais le microscope montre que la structure anatomique des reins est parfaite, que les tubes de la substance corticale sont tapissés d'un épithélium normal. M. Forget présente des considérations sur le microscope, qui doit venir au secours de la clinique, mais qui jamais ne doit être mis au-dessus d'elle. Dans le cas présent, il s'agissait d'une albuminurie, parce que la clinique l'a surabondamment montré.

— *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse (naladie de Bright)*, par M. Lécorché (Thèses de Paris, n° 150).— Conclusions: 1° Les altérations de la vision (amblyopie, amaurose) ne se montrent pas constamment dans les néphrites albumineuses aiguës ou chroniques, mais elles constituent un phénomène assez fréquent dans ces maladies. — 2° Le jeune âge, le sexe féminin, la gestation ou la parturition récente, la forme chronique de la néphrite albumineuse, disposent au développement de l'amblyopie albuminurique. — 3° Il n'existe pas de relation constante entre la gravité de l'amblyopie et celle de l'altération des reins, non plus qu'entre l'intensité de l'amblyopie et la quantité d'albumine contenue dans l'urine. — 4° Les conditions qui, chez les albuminuriques, ont contribué à affaiblir l'économie, ont de l'influence sur le développement de l'amblyopie. — 5° L'existence de l'amblyopie n'est point une condition de la gravité de la néphrite albumineuse, et ne rend pas nécessairement le pronostic plus fâcheux. — 6° L'amblyopie peut cesser ou persister après la disparition des phénomènes de la néphrite albumineuse. — 7° Dans certains cas, on n'a constaté aucune altération des membranes de l'œil, et on a pu croire à une lésion purement fonc-

tionnelle ; mais le plus souvent des altérations plus ou moins profondes de la rétine et de la choroïde ont été constatées pendant la vie ou après la mort. — Il est probable que le perfectionnement de nos moyens d'examen contribuera à diminuer le nombre des amblyopies sans lésions anatomiques. — 8° Les altérations observées dans la rétine peuvent être rattachées à des lésions de circulation ou de nutrition. Les premières consistent dans une *hypérémie* rétinienne, active ou passive ; les secondes, dans des *dégénérescences*, de nature graisseuse, *primitives* ou *consécutives* à d'autres altérations.

— *De l'existence de l'amaurose chez les albuminuriques*, par M. Coote (Gazette médicale, p. 595). — M. Coote explique les troubles de la vision de la manière suivante : la maladie du rein altère l'urine ; de là viciation du sang et dépôts granuleux dans les capillaires, qui permettent dès lors une issue facile du sang. C'est pourquoi on trouve de petites hémorrhagies capillaires dans le cerveau, ainsi que dans la choroïde, la rétine et l'humeur vitrée ; de là des troubles de la vision, dont l'ophthalmoscope permet de constater la cause pendant la vie.

— *De la valeur de l'ophthalmoscope dans les amblyopies symptomatiques des cachexies albuminuriques et glucosuriques*, par M. Desmarres (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 82). — Extrait du Traité des maladies des yeux, dans lequel M. Desmarres expose le résultat de ses recherches. Chez les amaurotiques par albuminurie ou glucosurie, on voit, à l'examen avec l'ophthalmoscope, la rétine parsemée de petites taches ecchymotiques offrant, sur une partie de sa circonférence, une tache blanche, semblable à celles que l'on voit dans les apoplexies rétiniennes.

— *Néphrite albumineuse aiguë*, par M. Doyen (Bulletin de la Société anatomique, p. 95). — Exemple type des altérations des reins au premier et au deuxième degré de la maladie de Bright.

— *Albuminurie dans le croup et dans les maladies couenneuses*, par MM. Bouchut et Empis (Académie des sciences, 1er novembre). — Le phénomène de l'albuminurie, entrevu par quelques médecins, mais non décrit, n'existe pas, disent les auteurs, dans tous les cas d'angine couenneuse, et nous ne l'avons rencontré que onze fois sur quinze malades. Il a cela d'important, qu'il indique la nature infectueuse de la maladie, en la rapprochant de cette autre maladie générale, l'infection purulente caractérisée par la même altération des urines. En outre, comme sa disparition coïncide avec la guérison des maladies, il constitue un signe pronostic des plus précieux, digne de l'intérêt des médecins.

— *De l'insuffisance de l'acide pyrophosphorique comme réactif de l'albumine.—De la réalité de l'albuminurie normale*, par M. Gigon (Union médicale, p. 46). — M. Gigon revient dans ce mémoire

sur ses opinions émises à l'Académie des sciences; on les trouvera dans l'*Annuaire*, t. Ier, p. 51.

— *Cas d'urine chyleuse ou graisseuse*, par M. Brauwell (Ed. med. Journ., février 1858, et Gazette hebdomadaire, p. 251). — L'urine, dans cette observation, offrait des caractères analogues à ceux du lait. Rien de particulier dans les phénomènes concomitants.

— *Diabète traumatique*, par M. Plagge (Gaz. med. italiana, mai, et Gazette des hôpitaux, p. 324). — Un jeune homme reçoit un coup de bâton sur l'occiput; les jours suivants, faim et soif très-vives; grande abondance de l'urine, qui contient du sucre. — Guérison rapide par l'alimentation animalisée et les alcalins.

De la glycosurie ou diabète sucré, par M. Garnier (Thèses de Paris, nº 42).

— *Du diabète dans ses rapports avec la gangrène spontanée et les affections inflammatoires et nécrosiques de la peau*, par M. E. Fritz (Archives générales de médecine, février, p. 199). — Dans cet article de revue critique, M. Fritz analyse les travaux de Prout, Marchal, Landouzy, etc.; il rapporte des observations empruntées à ces auteurs et arrive aux conclusions suivantes : 1° Des affections cutanées inflammatoires et gangréneuses ou nécrosiques, et la gangrène spontanée, se développent quelquefois chez des sujets atteints de diabète depuis un temps plus ou moins long ; il paraît y avoir entre ces deux faits un rapport intime, dont aucune théorie ne nous rend jusqu'à présent compte d'une manière satisfaisante. — 2° En guérissant ou en palliant le diabète, cause de ces affections, on peut espérer les guérir elles-mêmes. — 3° Lorsque ces mêmes affections suivent leur marche habituelle chez des sujets non diabétiques, elles ne paraissent pas s'accompagner de la présence du sucre dans les urines. — 4° Toutefois, dans des cas rares, il semble que le diabète se soit montré d'une manière aiguë chez des sujets, selon toute apparence, sains antérieurement, pendant l'évolution d'inflammations anthracoïdes étendues, à marche rapide, et accompagnées de phénomènes septiques graves.

— *Note sur les accidents gangréneux qui viennent compliquer le diabète et sur le prurigo des parties génitales qui se montre quelquefois dans le cours de cette maladie*, par M. Fauconneau-Dufresne (Union médicale, p. 490). — L'auteur rappelle sommairement quelques travaux faits sur ce sujet et rapporte deux nouvelles observations.

— *Observations sur les variations de la température des diabétiques*, par M. Lomnitz (Heulen: Pfeuffers Zeitschr., 3e reihe, et Archives générales de médecine, février, p. 228). — Cet auteur a trouvé que chez les diabétiques la température de l'aisselle avait

baissé en moyenne de 1,07 Réaumur et celle de la bouche de 0,39. Cet abaissement ne suit pas une marche indéfiniment progressive.

— *De la glycosurie qui accompagne la coqueluche*, par M. Gibb (The Lancet, janvier, et Archives générales de médecine, mars, p. 362). — Presque toujours, on trouve une quantité variable de glycose dans l'urine des enfants atteints de coqueluche. Dans un cas spécial, où le sucre existait en grande quantité, la glycosurie a disparu sous l'influence de l'acide nitrique donné à dose élevée. C'est la médication employée par M. Gibb contre la coqueluche.

— *Sur les effets du régime sucré dans le traitement du diabète*, par M. Williams (Brith. med. Journ. et Gazette hebdomadaire, p. 54). — M. Williams a traité deux malades par le sucre ; l'effet a été si rapidement désastreux que ni le médecin ni les malades n'ont voulu continuer l'expérience.

— *Traitement du diabète par l'usage du sucre*, par M. Budd (Med. Times et Gazette hebdomadaire, p. 644). — Cet article contient un certain nombre d'indications bibliographiques de journaux anglais, et le récit d'une nouvelle observation de M. Budd. On y voit qu'une femme diabétique, ayant pris, pendant cinq semaines, de 5 à 8 onces de sucre par jour, a gagné de l'embonpoint et recouvré la santé et des forces.

— *Sur les avantages du régime mixte dans le traitement du diabète*, par M. Trousseau (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février). — M. Trousseau pense que l'on ne doit pas adopter exclusivement un des traitements formulés en vue d'idées théoriques ; il y a des indications qu'il faut savoir saisir.

— *Recherches nouvelles sur l'emploi du liquide de Barreswil dans l'examen des urines*, par M. Béhier (Union médicale, p. 12. — Voir l'*Annuaire*, t. I, p. 119). — Par ces nouvelles expériences, M. Béhier démontre que le liquide cupropotassique est un excellent réactif de l'acide urique et des urates, et que par conséquent ce réactif perd beaucoup de sa valeur pour la constatation de la présence du sucre dans l'urine.

— *Nouveau réactif pour constater la présence du sucre dans l'urine*, par Bottger (Arch. für Pharm., 2e reilhe, B. 92, et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 128). — Ce réactif est le nitrate basique de bismuth. On l'emploie de la manière suivante : dans un tube on met, à égales quantités, l'urine à examiner et une solution de carbonate de soude (1 partie pour 3 parties d'eau) ; on verse un peu de nitrate de bismuth, et la moindre altération de la blancheur de ce sel décèle la présence du sucre.

— *Polydipsie. — Traitement par la valériane à haute dose* (Gazette des hôpitaux, p. 450). — Il s'agit d'une malade qu'on a vu dans presque tous les hôpitaux de Paris. M. Trousseau lui a fait prendre 10 grammes de valériane par jour pendant quelque

temps, et les urines sont tombées de 40 litres à 3 litres par jour.

— *Sur un cas d'hémorrhagie intestinale chez un individu atteint de cachexie palustre*, par M. Trousseau (Union médicale, p. 281). — Leçon sur quelques-unes des formes que prend la fièvre pernicieuse. Le malade a été traité avec succès par le sulfate de quinine à haute dose et par l'eau de Rabel.

Etude des lésions viscérales de la leucémie, par M. Leudet (Gazette médicale, p. 713). — Ce mémoire est résumé dans les conclusions suivantes : 1° La leucémie s'accompagne quelquefois de lésions viscérales multiples. — 2° Ces lésions peuvent occuper les ganglions lymphatiques, le foie, la rate, les reins, la muqueuse du tube digestif, la plèvre et les parois des veines. — 3° Un certain nombre de ces lésions consistent en une hypertrophie ou en une augmentation de nombre des éléments de ces organes (foie, rate ganglions). — 4° D'autres fois ce sont de véritables tumeurs lymphatiques. — 5° Ces lésions peuvent occasionner des altérations graves : la cirrhose du foie, l'atrophie des glandes stomacales et intestinales. — 6° On connaît peu jusqu'ici les symptômes qu'elles occasionnent pendant la vie. — 7° La théorie de l'hyperplasie de Virchow paraît expliquer ces lésions.

— *De la leucocythémie*, leçon de M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 557). — Détails sur l'examen du sang, qui peut seul permettre de porter un diagnostic précis. — Théories de Bennett et de Virchow qui sont fausses. — Nous ne connaissons rien de l'essence de la maladie.

— *Leucocythémie splénique*, par M. Vidal (Bulletin de la Société anatomique, p. 335; 1857). — Observation recueillie avec détails ; l'auteur a noté, par plusieurs examens, que l'augmentation du nombre des globules blancs était proportionnelle aux progrès de l'hypertrophie de la rate. — La malade, avant de succomber, a eu des hémorrhagies, hydropisies, furoncles, escarres, etc. Outre les lésions trouvées dans différents organes, l'examen microscopique a révélé, dans la rate, l'induration et l'*hyperplasie* signalées par Virchow, une hypertrophie considérable des glomérules de Malpighi, triplés ou quadruplés de volume et ayant pris une coloration blanchâtre. — Considérations sur la leucocythémie, dans lesquelles M. Vidal établit que la dyscrasie leucocythémique est sous la dépendance d'une altération spéciale de la rate. — Index bibliographique.

— *Un cas de leucocythémie splénique*, par M. Bouillaud (Gazette des hôpitaux, p. 601). — Une observation sans réflexions. L'examen microscopique a montré la rate parsemée de taches ou de marbrures, qui seraient dues à des vésicules ayant subi une énorme hypertrophie. En même temps que ces vésicules sont augmentées dans tous leurs éléments constitutifs, elles pa-

raissent avoir subi une décoloration, une sorte de retrait de la matière colorante dans leur intérieur.

— *Matériaux pour servir à l'histoire de la leucémie*, par MM. Bamberger, Virchow et Scherer (Verhandl. der Physik, et Gazette médicale de Paris, p. 69).—Deux observations de leucémie, dont l'une chez un sujet tuberculeux et albuminurique. Virchow a constaté que le caillot, après la coagulation du sang, avait retenu presque tous les globules blancs.

— *Cas de leucémie*, par MM. Thierfelder et Uhle (Arch. de Vierordt et Gazette médicale de Paris, p. 87). — L'observation est rapportée avec de grands détails ; rien qui n'ait déjà été observé en pareil cas.

— *Deux observations de leucocythémie*, par M. R. Mattei (La Sperimentale, p. 197).

— *Maladie d'Addison. — Absence congénitale des capsules surrénales*, par M. Kent Spender (Brit. med. Journ., septembre, et Gazette hebdomadaire, p. 774).

— *Coloration bronzée de la peau chez un enfant. — Mort. — Désorganisation des deux capsules surrénales par une lésion ancienne*, par M. Bennett (Med. Times and Gaz. et Gazette hebdomadaire, p. 447).

— *Maladie bronzée* (Gazette des hôpitaux, p. 366).— Rappel de trois faits connus, dans lesquels la lésion des capsules surrénales coexistait avec la coloration de la peau.

— *Peau bronzée*, par M. Addison (Gazette des hôpitaux, p. 362). — Observation empruntée au *Medical Times and Gazette*. — Un homme a vécu pendant trois ans avec la peau bronzée ; à l'autopsie on a trouvé les capsules surrénales complétement désorganisées.

— *Teinte bronzée de la peau en rapport avec une affection des capsules surrénales*, par MM. Addison, Hutchinson et Harley (Med. Times and Gaz., 20 février, et Gazette hebdomadaire, p. 357). — Discussion à propos d'une observation de M. Hutchinson ; M. Harley s'élève contre la loi émise par M. Addison, sur la coloration de la peau comme signe pathognomonique de la destruction des capsules surrénales.

— *Coloration bronzée de la peau sans maladie des capsules surrénales*, par MM. Sloane et Letenneur (Med. Times and Gaz., août, Gazette hebdomadaire, p. 613, et Gazette médicale, p. 693). — Deux observations, l'une de M. Sloane, l'autre de M. Letenneur, prouvant que les altérations des capsules surrénales ne s'accompagnent pas toujours de la coloration bronzée de la peau.

— *Cas de peau bronzée, nonobstant un état parfaitement sain des capsules surrénales* (The Lancet et Gazette médicale, p. 566). — Exemple de peau bronzée sans altération des capsules surrénales.

— *Observation de maladie bronzée d'Addison*, par M. Lombard (Moniteur des hôpitaux, p. 182). — Maladie bronzée chez un individu dont les capsules surrénales n'étaient pas altérées. Pour M. Imbert-Gourbeyre, la maladie d'Addison se rattache à une affection du foie (le malade avait une hypertrophie de cet organe), et non à une lésion des capsules.

— *Maladie des capsules surrénales sans coloration bronzée de la peau*, par M. Goolden (The Lancet et Gazette médicale, p. 615).

— *De la morve du cheval et de sa transmissibilité à l'homme*, par M. Guittet (Angers, imprimerie Cosnier ; in-8°; 37 pages).

— *Observation de morve aiguë*, par M. Audubert (Gazette des hôpitaux, p. 427). — Exemple de morve contractée par infection ; l'incubation a été longue, puis la marche de la maladie a été rapide.

— *Observation d'hydrophobie rabiforme symptomatique*, par M. Rolland (Gazette des hôpitaux, p. 75). — Le malade présente les symptômes de l'hydrophobie et meurt assez rapidement dans le coma. Il n'avait pas été mordu ; il était épuisé par des excès vénériens et des pertes séminales ; à l'autopsie, rien ne peut expliquer les signes observés pendant la vie.

— *Deux observations de rage recueillies à l'hôpital civil de Versailles, en* 1857, par M. Le Bray (Thèses de Paris, n° 280).

— *Deux observations de rage*, par M. Rémilly (Moniteur des hôpitaux, p. 243).

— *Mémoire sur l'hydrophobie rabique*, par M. Féréol (Société médicale d'observation). — Dans ce mémoire se trouvent reproduites quatre observations de MM. Leudet, Barth, Michel et Féréol ; en les comparant, M. Féréol met en lumière certains faits : 1° La difficulté du diagnostic dans la première période de la maladie. — 2° La possibilité d'une incubation durant cinq mois (*observation de M. Barth*), et d'une transmission au troisième degré (*observation de M. Michel*). — 3° L'existence possible dans la première période d'une douleur spéciale offrant quelque analogie avec l'*aura* épileptique. — 4° L'importance du symptôme désigné sous le nom d'*aérophobie* au point de vue du diagnostic et du pronostic. — 5° Le mécanisme particulier observé dans un cas pour l'expulsion de la bave rabique. — 6° L'allure asphyxique et la terminaison subite de la maladie. — 7° La constance des lésions pulmonaires ; la présence de la bave rabique dans les bronches, la trachée et le larynx, et l'état d'intégrité parfaite de l'appareil salivaire : d'où l'auteur conclut que l'écume rabique est le résultat, non d'une lésion des glandes salivaires, mais d'une altération de la sécrétion bronchique. — 8° Enfin, l'impuissance de la thérapeutique, qui n'offre guère que le chloroforme, et encore dans les premiers instants seulement,

pour procurer au malade un soulagement et un calme qu'il est bientôt impossible de lui continuer.

— *Observation d'hydrophobie spontanée*, par M. Henrieh (Heukes Zeitsch. et Gazette hebdomadaire, p. 693). — Hydrophobie bien caractérisée; l'auteur a pu s'assurer que le sujet n'avait pas été mordu et qu'il ne se croyait pas atteint de la rage. Depuis trois semaines, il était triste; il faisait des excès du coït. — A la suite de cet article, on trouve l'indication bibliographique de cas analogues.

— *Note sur un cas de transmission de la pustule maligne à l'homme par une piqûre de tique (ricin)*, par M. Legendre (Gazette médicale de Paris, p. 36).

— *Recherches et expériences sur la pustule maligne des animaux*, par M. Brauell (Archives de Virchow et Gazette médicale, p. 458). — L'auteur a inoculé le virus de la pustule et le sang des animaux malades, et il a vu que la contagion se transmettait dans l'un et l'autre cas ; il a surtout dirigé ses recherches sur la composition du sang. — Voici quelques-uns des principaux résultats de ce travail : 1° Le contagium n'est pas restreint à la substance de la pustule, il se trouve aussi répandu dans le sang. — 2° Ce contagium se transmet d'un animal à l'autre et de l'homme aux animaux par inoculation. Cependant l'auteur a vu un cheval résister à l'action du virus. — 3° Le temps qui s'est écoulé entre l'inoculation et la mort a varié entre quarante-quatre et soixante-dix-huit heures, à l'exception d'une brebis qui mourut au bout de trente et une heures. — 4° Parmi les altérations constantes du sang, l'auteur signale l'augmentation des corpuscules du chyle et la production de vibrions; ces derniers existent dans le sang vivant, et conséquemment ne doivent pas être regardés comme un produit de la décomposition cadavérique.

— *De la pustule maligne*, par H. Pelliaux (Thèses de Paris, n° 169).

— *Maladie vésiculeuse, communiquée probablement par un mouton. — Mort. — Autopsie*, par M. Allen (Med. Times, Rev. étr., p. 24).— Jeune garçon ; absorption d'un poison animal par une blessure au pied ; poumons hépatisés ; taches jaunes à la surface et dans l'intérieur du foie.

— *Charbon*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 456). — M. Broca rapporte une observation d'inflammation de la main et de l'avant-bras avec développement de gaz. La mort est arrivée rapidement, avec des signes d'infection générale. Par voie d'exclusion, M. Broca admet l'existence de la maladie charbonneuse. MM. Morel-Lavallée et Laborie citent des faits analogues.

— *Note sur le charbon*, par M. Joux (Gazette des hôpitaux, p. 499).—Une observation ; mort rapide avec des symptômes ataxo-

adynamiques, après l'apparition de gonflement dans la lèvre supérieure. Le traitement local par les incisions, les cautérisations, les feuilles de noyer, a été complétement inutile. En terminant, l'auteur dit que la médecine expectante en fait de charbon équivaut à peu près à un homicide involontaire; que, malgré les formes diverses de ces affections, elles présentent des caractères pathognomoniques qu'il est impossible d'oublier, quand on les a vus. Après un certain temps, l'absorption des principes délétères rend tout traitement impuissant; la guérison doit être obtenue si, le charbon étant de cause externe, on peut l'attaquer de bonne heure.

— *De la pustule maligne*, par M. Aillet (Thèses de Paris, n° 180).

— *De la pustule maligne*, par M. Texier (Thèses de Paris, n° 37).

— *De la pustule maligne et de son diagnostic différentiel avec l'œdème gangréneux*, par M. Babault (Union médicale, p. 11).— Voici en résumé l'opinion de l'auteur : — Dans l'œdème, s'il y a gonflement au début, il n'y a pas de tache noire entourée de vésicules; plus tard, lorsque les escarres apparaissent, elles sont toujours très-larges et jamais accompagnées de l'aréole vésiculaire. De plus, dans la pustule, le gonflement des parties environnantes est toujours élastique, rénitent, incoloré, sans vésicules, excepté celles qui composent l'aréole entourant la tache gangrenée, de sorte que la pustule, ou les pustules, lorsqu'il y en a plusieurs, figurent des oasis au milieu du boursouflement incolore des parties environnantes. En outre, la pustule maligne est une maladie violente et contagieuse, ce qui n'existe pas pour l'œdème. Enfin, ce dernier, abandonné à lui-même, guérit souvent, tandis que la pustule maligne se termine toujours par la mort, lorsqu'elle n'est pas détruite par la cautérisation.

— *De l'ergotisme*, par A. Hardy (Thèses de Paris, n° 183).

— *Du rachitis ou rachitisme, et mieux ostéomalaxie (de* ὀστέον, *os, et* μαλακὸς, *mou)*, par M. Goutay (Thèses de Paris, n° 229).

— *Statistique du rachitisme à Dresde*, par M. Kuttner (Gazette médicale de Lyon, p. 353, et Union médicale, p. 102). — Le rachitis est très-fréquent à Dresde, à cause des mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les classes pauvres. Les enfants des cordonniers et des tailleurs ont fourni le quart des malades; les garçons ont été atteints plus fréquemment que les filles; c'est vers la deuxième année que la maladie sévit le plus; elle est plus commune chez les enfants non allaités, ou allaités trop peu de temps. Les saisons exercent une grande influence sur la manifestation de la maladie; il y a eu une augmentation croissante depuis janvier jusqu'en avril, et de là une décroissance, d'abord lente, puis rapide.

— *Sur les causes du rachitisme chez les animaux*, par M. Serres (Gazette hebdomadaire, p. 252). — Observation de rachitisme chez une panthère, prouvant que, pour les animaux comme pour l'homme, il suffit, pour que cette maladie se développe, de la privation du grand air, de l'exercice et du rayonnement solaire.

— *Du rachitisme*, par M. Bouchut (Gazette des hôpitaux, p. 325). — Bonne leçon classique sur cette maladie; les altérations osseuses sont étudiées d'une manière complète.

— *Du scorbut*, par L. d'Ormay (Thèses de Paris, n° 145).

— *Quelques considérations sur le scrofule*, par M. Girod de Miserey (Thèses inaugurales de Paris, n° 6).

— *Chlorose* (*Traitement hydrothérapique de la*), par M. P. Basset (Le Progrès, t. I, p. 507, et Union médicale, p. 156). — Dix-huit chlorotiques ont été soumises à ce traitement et ont guéri après un nombre de douches qui a varié de 8 à 55. M. Fleury a publié déjà un travail sur ce sujet dans les *Archives de médecine* de l'année 1851.

— *Essai sur l'anémie et la chlorose et leur diagnostic différentiel*, par M. Roux (Thèses de Paris, n° 130).

— *De la chloro-anémie* (*vulgairement pâles couleurs*), par A. Lanctin (Thèses de Paris, n° 237).

— *De la chlorose*, par G. Cointe (Thèses de Paris, n° 71).

— *Etudes cliniques sur les troubles nerveux de la locomotion observés dans la chloro-anémie*, par M. Arzouman (Thèses de Paris, n° 52).

— *Cas de guérison d'une chloro-anémie ancienne, avec épanchement pleurétique considérable du côté gauche, par l'usage de l'huile de foie de morue ferrugineuse*, par M. Lambert. (Gazette médicale de Lyon, p. 396).

— *Du rhumatisme dans la scarlatine,* par M. Bourayne (Thèses de Paris, n° 266).

— *Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement,* par M. Tchayan (Thèses de Paris, n° 307).

— *Etude nosographique sur le rhumatisme articulaire chronique primitif*, par M. Plaisance (Thèses de Paris, n° 265).

— *Du rhumatisme articulaire aigu,* par M. Papy (Thèses inaugurales de Paris, n° 13).

— *Trois cas de rhumatisme articulaire aigu traités par l'iodure de potassium* (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 325). — Cette médication, préconisée à l'étranger, a été employée par M. Oulmont. Un premier cas a paru favorable à cette méthode de traitement; deux autres cas semblent détruire les espérances qu'on avait pu concevoir. L'iodure de potassium a été donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

— *Rhumatisme articulaire aigu. — Endopéricardite.— Pneu-*

monie plastique. — Angine couenneuse. — Mort.— Autopsie, par M. Luton (Gazette médicale, p. 426, et Gazette des hôpitaux, p. 341). — Le point principal, dans cette observation, c'est l'apparition de l'angine au milieu d'autres lésions plastiques. « Il n'est pas impossible, dit M. Luton, que cette angine reconnaisse pour cause la prédominance de la fibrine dans le sang ; c'est une angine plastique, non maligne. »

— *Bons effets de la teinture d'iode dans un cas de rhumatisme noueux*, par M. Gintrac (Journal de médecine de Bordeaux, janvier). — La dose du médicament a été de 10 gouttes à 2 grammes, administrée au moment des repas. Guérison rapide.

— *De quelques espèces de rhumatismes peu connues, quoique fort communes, et de leur guérison instantanée par la faradisation*, par M. Briquet (Bulletin de thérapeutique, p. 75). — M. Briquet appelle l'attention sur des rhumatismes siégeant dans les muscles du cou et de la tête, rhumatismes confondus avec les migraines. En électrisant les muscles ou la peau, on en obtient la guérison instantanée.

— *De la péliose rhumatismale ou érythème noueux rhumatismal*, par MM. Duriau et Legrand (Revue médicale—et Paris, A. Delahaye ; in-8°, 14 pages). — Sous le nom de *péliose rhumatismale* on a décrit en Allemagne une affection qui, jusqu'à ce jour, aurait échappé à l'observation, et qui est caractérisée par la présence à la peau de petites taches rouges, persistantes, ayant ordinairement leur siége autour des articulations des membres inférieurs, et s'accompagnant de douleurs dans les mêmes jointures, sans trouble appréciable de l'état général. — Après avoir discuté les caractères de cette affection, les auteurs arrivent à cette conclusion : que la maladie que l'on a décrite en Allemagne sous le nom de *péliose rhumatismale* est identique à celle qui a été observée en France et en Angleterre sous le nom d'*érythème noueux rhumatismal*. — Ils n'admettent comme différence que le volume des taches, moindre dans la péliose que dans le rhumatisme noueux, mais cette différence leur paraît insuffisante pour constituer une espèce morbide distincte.

— *Altérations des cartilages dans la goutte*, par M. Charcot (Gazette médicale, p. 730). — M. Charcot a observé la matière tophacée sous deux aspects principaux, en masse amorphe, grenue, tout à fait opaque, ou sous forme de cristaux en aiguilles, réunis en agrégats et rayonnant autour d'un centre commun. La matière tophacée avait pour siége exclusif l'épaisseur de la substance intermédiaire du cartilage.

— *Rhumatisme goutteux*, par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 270). — Il s'agit, dans cette observation, d'un rhumatisme goutteux chronique des deux mains et de quelques-unes des articulations des membres inférieurs, datant de cinq an-

nées. — On a traité la malade par l'iode *intus et extrà*, c'est-à-dire qu'on lui a donné tous les jours un julep avec addition de 30 gouttes de teinture d'iode et qu'on a badigeonné toutes les articulations malades avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode pure. — Dès le premier jour, il y eut diminution de la douleur; mais, comme il y avait dans les genoux beaucoup de liquide, on fit en même temps la compression. La réunion de ces moyens amena une guérison rapide.

— *Sur les rapports de l'asthme avec la goutte*, par M. Massina (Gazette des hôpitaux, p. 478). — L'auteur écrit qu'il a éprouvé des accès d'asthme en mettant en paquets de la poudre d'ipécacuanha. Il n'est pas asthmatique, mais il se croit disposé à la goutte par hérédité. Peut-être cet exemple vient-il à l'appui de la thèse de M. Trousseau sur l'analogie qui existerait entre la goutte et l'asthme.

— *Goutte. — Accidents cérébraux. — Mort. — Autopsie* (Gazette des hôpitaux, p. 529). — Un homme ayant déjà eu des attaques de goutte est mort avec des phénomènes nerveux. L'autopsie a montré un certain ramollissement cérébral, une adhérence partielle de la pie-mère, du tophus dans les articulations. Ce serait là un exemple de *goutte remontée*.

— *Traitement curatif de la goutte*, par M. Belli (Union médicale de la Gironde). — Ce traitement consiste en un purgatif, composé de sulfate de magnésie, 40 grammes; nitrate de potasse, 1 gramme; sulfate de fer, 8 centigrammes; eau commune, 720 grammes. — Ce purgatif doit être pris deux ou trois jours de suite, tous les quinze jours.

— *Recherches sur la goutte. — Influence des préparations de colchique sur la sécrétion urinaire*, par M. Garrod (The Lancet, p. 628, et Gazette hebdomadaire, p. 630). — Le mémoire de M. Garrod contient, dans une première partie, le résultat de ses recherches sur l'urine des goutteux. Il en résulte que, dans l'accès de goutte, l'urine contient une moindre quantité d'acide urique qu'à l'état normal et que l'urée n'augmente ni ne diminue d'une manière sensible. — Dans la goutte chronique, on trouve l'urée en quantité normale et l'acide urique en quantité très-faible. — Quant à l'influence du colchique, M. Garrod la résume dans ces conclusions: 1° Il n'est pas prouvé que les préparations de colchique agissent en déterminant une excrétion exagérée d'acide urique, il semble même, le plus souvent, que c'est le contraire qui a lieu. — 2° Le colchique n'agit pas toujours comme diurétique, il diminue même souvent la sécrétion rénale, principalement quand il exerce une action marquée sur les voies digestives. — 3° Le colchique n'a pas d'influence marquée sur la sécrétion de l'urée.

— *De la diathèse urique*, par A. Gilbrin (Thèses de Paris, n° 210).

— *Erysipèle de la face et du cuir chevelu*, par M. Labbé (Bulletin de la Société anatomique, p. 56). — Cette observation est remarquable par la propagation de l'érysipèle à la muqueuse buccale, au pharynx, au larynx, à la trachée et à quelques bronches, et par l'engouement pulmonaire des lobules correspondant aux bronches envahies. — Plusieurs membres de la Société citent des faits analogues, soit que l'érysipèle se soit propagé de la peau aux muqueuses ou des muqueuses à la peau.

— *De l'érysipèle*, par M. Labbé (Thèses de Paris, n° 168). — Ce travail contient l'étude de la synonymie, du diagnostic, du traitement de l'érysipèle; on y trouve l'observation précédente avec des considérations sur l'érysipèle des muqueuses; mais un des points essentiels abordés par l'auteur, c'est la nature de cette affection; pour lui, l'érysipèle vrai est caractérisé : — Par des prodromes analogues à ceux des fièvres éruptives; — Par une inflammation à marche spéciale, à caractères locaux spéciaux, et rebelle aux antiphlogistiques; — Par des phénomènes généraux en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires; — Par une cause spécifique, interne, infectieuse, puis contagieuse (pas de traitement spécifique). — Donc il y a deux ordres de phénomènes généraux : 1° les uns dépendant de l'état septique (avant et pendant l'exanthème); 2° les autres inflammatoires. Les premiers seuls constituent la *fièvre érysipélateuse* comme fièvre essentielle. Cette dénomination ne doit donc pas s'entendre de la même façon que l'on comprenait autrefois la fièvre pneumonique, qui appartient aux fièvres inflammatoires. Mais la fièvre érysipélateuse, ou mieux, pour ne pas changer de nomenclature, l'*érysipèle*, tient le milieu entre les fièvres éruptives et les maladies pestilentielles.

— *De l'érysipèle spontané*, par M. Piorry (Gazette des hôpitaux, p. 321). — M. Piorry, fidèle aux doctrines qu'il professe depuis longtemps, montre, sur deux malades affectés d'érysipèle, que le point de départ de l'affection a été une petite ulcération de la peau; il dit qu'il en est toujours ainsi et il nie par conséquent l'érysipèle spontané.

— *De l'érysipèle*, leçon de M. Jobert (Gazette des hôpitaux, p. 361). — Le professeur montre que l'érysipèle est une maladie générale avec une manifestation locale; contre cette dernière, il se trouve bien de l'emploi de la pommade au nitrate d'argent; mais contre la cause générale, il faut faire usage des évacuants.

— *Du liniment oléo-calcaire dans le traitement de l'érysipèle*, par M. Tournié (Union médicale, p. 317). — L'auteur pense que le traitement oléo-calcaire l'emporte de beaucoup sur tous les

moyens connus, comme traitement local de l'érysipèle : il l'éteint à mesure qu'il gagne du terrain.

— *Erysipèle,* par M. Ségalas (Union médicale, p. 56). — M. Ségalas a observé un érysipèle chez une jeune femme qui avait mangé du caviar ; il se demande s'il n'y a pas là un rapport de cause à effet. M. Dreyfus répond qu'en Russie, où l'on fait grand usage du caviar, on n'a remarqué l'apparition ni d'érysipèle ni de roséole à la suite de l'absorption du caviar.

— *Discours d'ouverture du cours de clinique sur les maladies de la peau*, par M. Gibert (Moniteur des hôpitaux, p. 795). — Ce discours contient la classification de M. Gibert avec des notions historiques sur la pathologie cutanée.

— *De la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, contagieuse de ces animaux à l'homme,* par M. Reynal. Rapport de M. Devergie (Académie de médecine, 12 janvier). — Voir, pour le travail de M. Reynal, l'*Annuaire,* t. Ier, p. 150. — M. Devergie, dans son rapport, dit qu'aucun vétérinaire n'avait désigné ni décrit l'herpès tonsurant chez les animaux ; les vétérinaires pouvaient connaître cette maladie, mais elle recevait la dénomination très-vague de *dartre.* — M. Reynal a, le premier, fait connaître la transmission de l'herpès tonsurant dans l'espèce chevaline et celle du cheval à l'homme. — Mais ce n'est là que le plus faible mérite de son travail. Ce qui en fait surtout l'importance, c'est d'avoir donné à cette espèce de dartre du cheval, du bœuf et du chien, le nom de *dartre tondante,* de l'avoir distinguée des autres maladies de la peau ; d'en avoir tracé l'histoire tant sous le rapport des causes, de la forme, de la marche, de la durée, que sous celui du traitement, et surtout d'en avoir donné une description qui ne laisse rien à désirer.

Discussion. Il s'élève une courte discussion entre MM. Devergie et Moreau sur l'herpès circiné et l'herpès tonsurant.

M. *Depaul* (19 janvier) revendique pour M. Bazin l'honneur d'avoir démontré l'identité de la dartre tonsurante et de l'herpès circiné, et l'existence du trichophyton, qui leur donne naissance. La découverte de la transmission de la dartre tonsurante du cheval à l'homme aurait aussi été attribuée à tort à M. Reynal par M. Devergie ; le mérite en revient à M. Bazin.

M. *Devergie* (26 janvier) revient sur différents points de son rapport, et dit que c'est Bœrensprung, et non M. Bazin, qui a découvert le trichophyton, et que M. Reynal, le premier, a signalé le mode de transmission de la dartre tonsurante du cheval à l'homme.

M. *Bouchardat* (26 janvier). Le rapporteur a montré cette pensée, que les recherches micrographiques exerceraient une fâcheuse influence sur l'étiologie et la thérapeutique des maladies de la peau. M. Bouchardat professe une opinion contraire.

M. *Trousseau* (26 janvier). En ce qui concerne les maladies cutanées, le microscope n'a point avancé et ne peut avancer en rien la thérapeutique. — Il est nécessaire, quand il s'agit du développement des maladies parasitaires, de tenir compte du mauvais état de la constitution des animaux, qui est chez eux une des conditions nécessaires à ce développement.

MM. *Gibert, Lévy et Devergie* (26 janvier). Ces trois orateurs sont de l'avis de M. Trousseau, sur la non-utilité des recherches micrographiques. Quant au développement des affections cutanées parasitaires, M. Devergie formule une opinion diamétralement opposée à celle de M. Trousseau, à savoir : que tout état maladif de la constitution est exclusif d'une maladie cutanée parasitaire.

M. *Moreau* (2 février) rappelle différents traitements employés contre la gale ; c'est la connaissance de l'acarus qui a conduit à la médication la plus avantageuse.

M. *Leblanc* (2 février) admet que les parasites pullulent mieux sur un animal ou sur un végétal chétif, mais il est certain qu'ils se développent aussi sur un animal en bon état de santé. — Sans exagérer l'importance du microscope, M. Leblanc le considère comme un auxiliaire utile.

M. *Bouley* (2 février). Pour M. Bouley, il y a, chez les animaux au moins, des conditions organiques spéciales qui favorisent le développement spontané des parasites et qui paraissent même être nécessaires pour que ce développement puisse se faire.

M. *Depaul* (2 février) revendique de nouveau pour M. Bazin les découvertes attribuées à M. Reynal et à M. Bœrensprung.

M. *Devergie* (9 février) laisse de côté toute question personnelle et s'applique à démontrer l'influence fâcheuse des études micrographiques sur la pathologie cutanée. Il admet la spontanéité des affections parasitaires, sans contact d'un parasite. L'homme, dit-il, n'est pas né avec des parasites animaux ou végétaux ; ils ont dû se manifester dans certaines conditions de misère, de privations, etc., et, une fois produits, ils ont pu se produire à nouveau sous l'influence de certaines causes spéciales et générales.

M. *Guérard* (9 février) présente quelques objections contre la doctrine de la génération spontanée que M. Devergie paraît admettre.

M. *Devergie* proteste contre cette accusation.

— *Des maladies cutanées parasitaires et de leur légitimité dans la nosologie dermatologique*, par M. Hardy (Moniteur des hôpitaux, p. 159). — M. Hardy a écrit cet article, à la suite du rapport de M. Devergie ; pour lui, il existe des maladies cutanées parasitaires idiopathiques qui forment une classe importante et spéciale ; peu importe au praticien de savoir qu'il a sous les yeux des vésicules ou des papules ; il faut qu'il sache

que l'affection qu'il va combattre est de telle ou telle nature et qu'elle cèdera à tel ou tel moyen. — Le microscope a rendu de grandes services en dermatologie.

— *Recherches sur les animalcules de la gale des animaux et sur la transmission de la gale à l'homme*, par MM. Delafond et Bourguignon (Archives générales de médecine, janvier, p. 18). — Ce travail, lu à l'Académie de médecine, a été analysé dans le 1er volume de notre *Annuaire*, p. 234.

— *De la gale*, par M. E. Lanquetin (Thèses de Paris, n° 77).

— *De la gale*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 146). — Dans cette leçon, M. Beau insiste sur les habitudes nocturnes des acarus, et, comme conséquences, sur la facilité avec laquelle on contracte la gale pendant la nuit et sur la nécessité de faire les traitements insecticides dans l'obscurité de la nuit. Il recommande l'essence de térébenthine, médicament peu cher, pénétrant partout à cause de sa fluidité, tuant les œufs en même temps que les acarus. Il faut purifier les vêtements en les exposant à une température de 80 degrés. Il termine en disant, à propos de la *gale rentrée*, que la suppression de l'éruption de la peau peut entraîner la maladie d'une organe interne.

— *De l'éruption papulo-vésiculeuse, vulgairement appelée gale bédouine*, par M. Hamel (Gazette médicale de l'Algérie). — Cette gale n'est pas une affection parasitaire, c'est une éruption de vésicules et de papules, suivie de démangeaisons, se développant au moment des grandes chaleurs. Dans le pays, on ne fait aucun traitement.

— *De la puce pénétrante des pays chauds, et des accidents qu'elle peut occasionner*, par M. Nieger (Thèse inaugurale, Strasbourg).

— *Des teignes dans l'état actuel de la science*, par M. Gibert (Gazette médicale, p. 612). — Leçon du médecin de Saint-Louis. Il y a trois espèces de teignes : la teigne lupinée ; la teigne furfuracée herpétique ; la teigne tondante. — Caractères de chacune de ces variétés. — Traitement : la *calotte* pourrait, au moyen du chloroforme, être de nouveau employée comme moyen épilatoire ; l'épilation vaut mieux que les épilatoires. — La teigne furfuracée et la teigne tondante guérissent très-bien sans épilation.

— *Guérison radicale de la teigne en huit minutes* (Raccoglitore medico di Fano). — On rase les cheveux le plus exactement possible ; puis on applique sur la tête un mélange de sulfure de chaux sec et de chaux récemment éteinte. Le mélange doit être fait à chaud et employé avant le refroidissement, qui solidifie la pâte.

— *Teigne faveuse. — Epilation. — Erysipèle du cuir chevelu*, par M. Bouchut (Union médicale, p. 124). — Cette obser-

vation montre le fait d'une épilation suivie d'érysipèle extérieur, avec des accidents cérébraux et pulmonaires d'érysipèle interne, avec pneumonie lobulaire hépatisée, congestion cérébrale et concrétions fibrineuses du cœur et du cerveau produisant l'hémiplégie; mort.

— *De l'eczéma de la peau des mains*, par M. E. Guyot (Thèses de Paris, n° 294).

— *De l'eczéma considéré comme type des affections dartreuses*, par M. Gibert (Gazette des hôpitaux, p. 418). — Etude des modifications que subit l'eczéma suivant les régions dans lesquelles il siége ; causes de cette affection.

— *Note sur l'herpès*, par M. A. Martin (Moniteur des hôpitaux, p. 731). — Sous prétexte de parler de l'herpès, l'auteur déclare que la dartre n'est qu'un symptôme d'une altération du système sanguin et que, en thèse générale, la dartre provient toujours d'une infection syphilitique plus ou moins ancienne, infection dont la source remonte parfois à la quatrième génération.

— *Du zona*, par M. Masson (Thèses de Paris, n° 236).

— *Vésicatoires contre le zona*, par M. Hervé de Chégoin (Société de médecine de Paris, avril). — Les vésicatoires appliqués *loco dolenti*, au début du zona, font avorter les vésicules et amènent une guérison rapide.

— *De l'acné atrophique*, par M. Chausit (Archives générales de médecine, avril, p. 385).— M. Chausit définit l'acné atrophique : une altération particulière des glandes sébacées, caractérisée par une hypersécrétion donnant lieu à la formation de croûtes brunâtres, dures, très-adhérentes, recouvrant des surfaces circonscrites où la peau est rouge, grasse ; par l'atrophie consécutive des glandes altérées et par une cicatrice particulière, d'abord blanche, déprimée, et qui devient plus tard le siége d'un véritable travail d'hypertrophie et de réparation. — Affection essentiellement chronique, parcourant fatalement, quels que soient les moyens employés, trois périodes, correspondant : 1° aux phénomènes de lésion de sécrétion de la glande sébacée ; 2° à la formation de la cicatrice, conséquence de l'atrophie glandulaire ; 3° aux modifications que subit cette cicatrice. La description de ces symptômes se trouve accompagnée de quatre observations. — L'étiologie de l'acné atrophique est très-obscure. Quant à sa nature, M. Chausit, après s'être élevé contre les idées de M. Bazin sur la scrofule, regarde l'acné atrophique comme une lésion de la glande sébacée, indépendante de toute maladie générale et de tout tempérament. — L'acné atrophique parcourt ses phases d'une manière régulière et elle guérit, si l'on peut appeler cela une guérison, en restant abandonnée à elle-même. Au début, il est permis d'espérer une modification heureuse, que l'on n'a pu ob-

tenir encore par les médications connues : quand la maladie est déjà ancienne, il n'y a plus rien à faire.

— *Ecthyma simplex*, par M. Gamger (Edinburgh veterinary Review, juillet). — L'auteur décrit une éruption pustuleuse développée sur les bras des vétérinaires par le contact du vagin, dans des cas de travail prolongé. Chez la femme, des circonstances analogues peuvent produire des accidents semblables. Cette éruption serait produite par l'action d'un produit spécial, engendré par l'épuisement physique et moral résultant d'un travail trop prolongé.

— *Du prurigo*, par M. Moysant (Thèses de Paris, n° 99). — Dans cette histoire du prurigo, l'auteur insiste surtout sur l'interprétation qu'il faut donner à l'éruption papuleuse et sur l'étiologie de cette affection. Sur la définition généralement admise du prurigo, M. Moysant fait les réflexions suivantes : « Le prurigo, c'est-à-dire l'éruption papuleuse décrite par les auteurs sous ce nom, n'est que la lésion anatomique de la démangeaison ; par conséquent celle-ci précède toujours l'éruption, qui n'a lieu que plus ou moins de temps après et même peut manquer complétement, dans le prurigo sans papule, par exemple. On a donc pris l'effet pour la cause, et l'éruption papuleuse n'est qu'un phénomène de second ordre et souvent même tardif de la maladie ; elle est à la démangeaison ce que la rougeur est à l'inflammation, et il serait tout aussi illogique et tout aussi contraire à la nature des choses de prendre l'éruption papuleuse comme la maladie elle-même que de considérer la rougeur comme constituant toute l'inflammation. » — Il y a des causes prédisposantes, sur l'admission desquelles il faut être très-réservé, et des causes déterminantes, que M. Moysant divise en quatre classes : 1° le prurigo dû à une hypéresthésie de la peau ; — 2° le prurigo dû à la présence sur la surface du corps de petits insectes appartenant au genre *pediculi ;* — 3° le prurigo résultant de l'introduction dans le sang de certains principes irritants ; — 4° enfin le prurigo symptomatique de certaines affections de la peau : maladies dartreuses, gale, etc. — L'auteur donne ensuite une description générale du prurigo et parle de ses principales variétés, le prurigo *pudendi, pedicularis*, etc. Dans le traitement, le médecin doit se laisser guider par les indications fournies par la cause de la maladie : la connaissance de ces causes est donc de la plus haute importance.

— *Du strophulus prurigineux*, par M. Franquebalme (Thèses de Paris, n° 110).

— *Prurigo pédiculaire. — Maladie bronzée. — Autopsie*, par M. Hardy (Union médicale, p. 359). — La coloration de la peau a été précédée d'un prurigo très-intense dû à la présence

de poux. — A l'autopsie, les capsules surrénales ont été trouvées remplies de matière tuberculeuse.

— *Valeur thérapeutique de l'hydrocotyle asiatica dans le traitement de la lèpre et de quelques affections graves de la peau*, par M. Lecoq (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 529). — Ce travail, contenant quatre observations et l'historique de l'emploi de l'hydrocotyle, se termine par ces conclusions : 1° L'action physiologique de l'hydrocotyle asiatica sur l'économie se réduit à peu de chose (quelques troubles de la digestion et rarement du système nerveux) ; elle est essentiellement passagère. — 2° Il n'existe aucun fait bien avéré de lèpre caractérisée, guérie complétement ou même arrêtée pendant un certain temps par l'hydrocotyle asiatica seule.—3° Cette substance paraît tout aussi impuissante contre les autres affections de la peau, et rien ne prouve qu'elle doive un jour prendre une place importante dans la thérapeutique.

— *Considérations pratiques et étiologiques sur l'éléphantiasis des Arabes*, par M. Mazaé Azéma (Gazette médicale de Paris, p. 22). — L'éléphantiasis des Arabes est une maladie du système lymphatique. — Elle est constituée par l'inflammation fréquemment répétée, mais sans périodicité régulière, et des vaisseaux et des ganglions de la partie affectée. — Les vaisseaux sont primitivement enflammés, et les ganglions ne le deviennent que consécutivement. L'extravasation de la lymphe au milieu des tissus ambiants est la conséquence de ces inflammations successives. — Les causes prédisposantes générales de cette affection résident dans l'influence du climat, qui, dans les pays chauds, tend à appauvrir le sang et à imprimer au système lymphatique une notable activité. Cette activité, transportée hors de sa sphère physiologique, développe un groupe morbide, inconnu dans les pays tempérés, et dont l'éléphantiasis est une des formes les plus communes.—Les causes occasionnelles de cette affection peuvent se retrouver dans la lutte que la circulation lymphatique déploie dans certaines régions du corps contre les lois de la pesanteur. — Quant au traitement, M. Azéma pense que l'amputation des parties affectées de cette maladie n'est soumise qu'aux chances habituelles des opérations de ce genre et que l'opération peut être pratiqué dans des tissus infiltrés, à la condition qu'il n'y ait qu'exsudation de sérosité dans la peau qui est laissée. Il rapporte quatre observations d'amputations pratiquées pour remédier au poids énorme de l'éléphantiasis ; trois succès.

— *De la pellagre dans le Béarn*, par M. Ducondut (Thèses de Paris, n° 27).

— *Pellagre*, par M. Landouzy (Académie de médecine, 31 août). — M. Landouzy a en ce moment sous les yeux deux cas de pellagre parfaitement caractérisés, pour lesquels on ne peut évo-

quer comme cause, ni l'usage du maïs ou de céréales altérées, ni l'insolation. Il pense que la pellagre est plus commune qu'on ne le croit, et que si on ne la reconnaît pas toujours, c'est que les médecins ont trop présente à l'esprit l'étiologie donnée par M. Roussel.

De la pellagre, par M. Hiard (Gazette des hôpitaux, p. 362). — La pellagre est due à un principe inconnu dont l'effet principal est une altération des liquides et des solides. Il donne à ses malades des purgatifs et des bains dans l'Adour, ce qui produit un excellent effet. Depuis quelque temps, il fait faire des frictions mercurielles et administre le calomel à l'intérieur. Bons résultats.

— *De la pellagre*, par M. Sorbets (Gazette des hôpitaux, p. 387). — Réfutation de l'article précédent, en ce qui concerne la diarrhée, symptôme constant chez les pellagreux dont M. Hiard n'avait pas suffisamment tenu compte. Les bains de l'Adour ne réussissent pas aussi bien que le dit M. Hiard. Les malades guérissent lorsqu'on les soustrait aux causes débilitantes.

— *De la pellagre et de l'efficacité des bains sulfureux dans son traitement*, par M. de Bucherie (Thèse inaugurale, Strasbourg).

— *Pellagre.—Rapport du Conseil départemental d'hygiène et de salubrité des Hautes-Pyrénées*, par M. Duplan (Tarbes, imprimerie Telmons ; in-8°, 60 pages).

— *D'une variété de pellagre propre aux aliénés, à propos d'une endémie de cette affection, observée à l'asile du département de Maine-et-Loire*, par M. Billod (Archives générales de médecine, mars, p. 257).

— *Leçons sur les maladies de la peau professées à l'hôpital Saint-Louis*, par M. Hardy (Paris, Ad. Delahaye; 1 vol. in-8° de XIV-192 pages). — L'auteur, cherchant à simplifier autant que possible l'étude si difficile des maladies de la peau, commence par proposer une classification naturelle se rapprochant autant que possible que celle d'Alibert ; et il divise les maladies cutanées en dix classes : 1° les *macules* et les *difformités* des appareils chromatogène, vasculaire, folliculaire papillaire, épidermique et du derme ; 2° les affections *simples*, accidentelles, non diathésiques : érythème, érysipèle, strophulus, urticaire, zona, ecthyma, prurigo, acné, pemphigus ; 3° affections *parasitaires* : favus, trichophytie, pelade, pityriasis versicolor, phthiriase, gale ; 4° affections *symptomatiques* d'une maladie générale : herpès labialis, taches rosées, sudamina, purpura, pellagre ; 5° *fièvres éruptives ;* 6° les *dartres* : eczéma, lichen, pityriasis, psoriasis ; 7° les *scrofulides ;* 8° les *syphilides ;* 9° les *cancers* et cancroïdes de la peau ; 10° les *maladies exotiques*.—M. Hardy, après les généralités et la classification, aborde l'histoire des dar-

tres, c'est-à-dire de l'eczéma et de ses variétés, du psoriasis et du pityriasis, puis des scrofulides et des syphilides. Telles sont les matières traitées dans cette première partie de l'ouvrage. — (Nous pouvons, dès à présent, annoncer que cet ouvrage a été complété en 1859 par la publication d'une deuxième partie que nous aurons à signaler ultérieurement.)

— *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,* professées par M. Bazin, et publiées par M. Pouquet (Paris, Chamerot et A. Delahaye; in-8°, XVI-240 pages, 5 planches sur acier). — M. Bazin étudie d'abord d'une manière générale les affections parasitaires, au point de vue surtout de la symptomatologie et de l'étiologie ; puis il passe à l'étude particulière des divers genres de maladies parasitaires. L'étude des teignes est surtout faite avec beaucoup de soin ; il en distingue trois espèces : 1° la teigne faveuse, produite par l'*achorion Schœnleinii;* 2° la teigne tonsurante, par le *trichophyton tonsurans;* 3° la teigne pelade, par le *microsporon Audouini.* Pour chacun de ces genres, on distingue encore plusieurs variétés : la teigne faveuse comprend les teignes *urcéolaire, scutiforme* et *squarreuse;* la teigne tonsurante, les variétés *circinée, étoilée* et *rayonnée;* la teigne pelade, les variétés *ophiasique* et *achromateuse.* — M. Bazin décrit ensuite les végétaux épidermo-phytiques ou *crasses parasitaires,* tels que le *pityriasis versicolor,* le *pityriasis nigra,* le *chloasma* (masque des femmes enceintes), les *taches hépatiques,* les *éphélides,* etc. — Enfin, dans une autre partie de l'ouvrage, M. Bazin étudie également les parasites animaux (poux, puces, acarus, etc.).

— *Du traitement de quelques maladies de la peau,* par M. Bennet (Edinb. med. Journ. et Revue étrangère, p. 22). — Quelques indications sur la fréquence des maladies de la peau à Edimbourg. Comme traitement, on n'y trouve rien qui ne soit usité en France.

— *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis,* par M. Bazin (Paris, Ad. Delahaye ; in-8°, VIII-262 pages). — M. Bazin étudie les manifestations de la scrofule, sur la peau, sur les membranes muqueuses, et dans les systèmes lymphatique et cellulaire. — Il divise les affections cutanées dépendant de la scrofule en deux groupes : scrofulides bénignes, et scrofulides malignes ; les premières comprennent trois groupes : 1° la scrofulide *exsudative,* les gourmes et les pseudo-teignes ; 2° la scrofulide *boutonneuse,* les affections papuleuses, papulo-érythémateuses, papulo-pustuleuses, les acnés ; 3° la scrofulide *érythémateuse,* les engelures, les érythèmes en plaques indurées, la couperose. — Les scrofulides malignes se subdivisent également en trois groupes : 1° la scrofulide *crustacéo-ulcéreuse.* On

observe surtout les variétés accompagnées de suppuration sanieuse, et on distingue deux formes : inflammatoire et fibro-plastique.—2° La scrofulide *tuberculeuse*, variété qui comprend trois formes distinctes, le lupus tuberculeux, simple et hypertrophique, la kéloïde, le molluscum. — 3° La scrofulide *érythémateuse*, comprenant deux variétés, le lupus érythémateux et le lupus acnéique.—Cette dernière classe (les scrofulides malignes) constitue les accidents secondaires de la scrofule ; les affections qu'elle comprend ont toujours été précédées d'autres manifestations. — Les scrofulides des membranes muqueuses sont subdivisées, comme les sous-cutanées, en bénignes ou primitives, malignes ou secondaires ; au point de vue de leur manifestation symptomatique, il les divise en scrofulides éruptives et scrofulides catarrhales. — Enfin, l'auteur termine par l'histoire des affections scrofuleuses qui siégent dans le système lymphatique et dans le système cellulaire ; il fait l'histoire des écrouelles, des ganglions tuberculeux, et admet que la présence du tissu tuberculeux dans les ganglions est le caractère essentiel du troisième degré de l'écrouelle.

— *Sur la coloration partielle, en noir ou en bleu, de la peau chez les femmes*, par M. Leroy de Méricourt (Académie de médecine, 31 août). — Tous les faits offrent une analogie parfaite sous le rapport du phénomène essentiel, qui est la sécrétion d'une matière colorante accidentelle à la surface de la peau. Dans la majorité des cas, elle est localisée aux deux paupières inférieures, mais elle peut occuper les deux supérieures, une partie des joues, du front, et s'accompagner de taches situées sur d'autres parties du corps. Les cas ne diffèrent que par l'abondance du produit sécrété, sa nuance, l'étendue des taches, mais surtout par le nombre et la gravité des phénomènes morbides liés à leur apparition. — Les taches sont formées d'une matière colorante déposée, comme une poussière très-fine, dans les sillons aréolaires et accumulée dans les plis de la peau. Un linge blanc, promené sur la tache, se colore plus ou moins d'une nuance pareille ; un linge imbibé d'huile se charge de toute la matière colorante, mais elle ne tarde pas à reparaître. L'examen microscopique ne fait reconnaître aucune trace d'organisation, aucune apparence de cellules. L'analyse chimique dénote la présence du carbone et du fer. Le chlore n'a aucune action, soit à chaud, soit à froid. — Jusqu'à présent, ce phénomène ne s'est montré que chez des jeunes femmes, à l'âge de la plus grande activité fonctionnelle de l'utérus, de seize à trente-deux ans. Quatorze fois sur dix-neuf il existait une perturbation plus ou moins grave de la menstruation ; deux fois seulement les taches noires ont paru, chez des femmes mariées, après trois ou plusieurs années de mariage. Leur intensité n'est pas en rapport

avec la gravité des symptômes fournis par les autres fonctions. Ces derniers apparaissent surtout à l'époque du retour de la période menstruelle : ils consistent en vomissements de sang, ou épistaxis, palpitations de cœur, syncopes, accidents hystériques; dans l'intervalle, il y a irritabilité très-marquée, perte ou bizarrerie de l'appétit, toux nerveuse, névralgies de siége variable, sensation de froid aux pieds, affaiblissement de la vue. — En général, la constitution est bonne; l'examen des principaux appareils ne fait reconnaître aucune lésion organique. Le phénomène, une fois produit, peut durer des années, avec ou sans intermittences, malgré le retour des règles, la grossesse, les couches, l'allaitement; cependant, deux fois les taches ont disparu au moment de la fièvre de lait. Un des cas remonte à plus de sept ans, un autre à cinq; plusieurs ont moins d'un an. — L'auteur propose de donner à cette maladie le nom de *chromhydrose*. Cette dénomination ne préjuge ni sur la nature de l'affection, ni sur la cause, ni sur la localisation, ni enfin sur la teinte de la matière exsudée, mais elle exprime le caractère essentiel et constant.

— *Coloration partielle en noir de la peau*, par M. Banks (Archives générales de médecine, août, p. 223). — Nouveau cas, qui rentre parfaitement dans la description donnée par M. Leroy de Méricourt.

— *De la coloration partielle de la peau chez les femmes* (Gazette des hôpitaux, p. 433). — Deux nouveaux cas à joindre aux précédents, avec une statistique des observations publiées jusqu'à ce jour.

— *Excrétion de pigment par la surface de la peau*, par M. Lyons (Dublin hospital Gazette et Archives générales de médecine, novembre, p. 616). — Cette observation, analogue à celles déjà connues, offre cette particularité que la malade avait cinquante-sept ans. Toutes les malades de Banks avaient de quinze à vingt-trois ans et il était possible d'admettre une relation entre l'excrétion pigmentaire et le dérangement des règles. La malade de M. Lyons n'était plus réglée depuis deux ans.

— *Memoire sur la coloration partielle, en noir ou en bleu, de la peau chez les femmes*, par M. Vulpian (Gazette hebdomadaire, p. 512). — Analyse des travaux de MM. Leroy, Banks, Peligan, etc.

— *Traité élémentaire de pathologie interne*, par MM. Béhier et Hardy. Tome 1er. Pathologie générale et séméiologie, 2e édition (Paris, Labé; in-8°, XL-827 pages). — Ce traité de pathologie générale, publié pour la seconde fois, est trop classique et trop connu de nos lecteurs, pour que nous soyons obligé d'en faire l'analyse.

— *De l'élément spécificité en thérapeutique*, par M. Forget

(Bulletin de thérapeutique, p. 97). — Dans cet article, M. Forget s'attache à prouver que si le nombre des spécificités apparentes est très-grand, il en est bien peu de réelles; que les spécificités nous sont presque toujours inconnues dans leur essence; que les spécificités échappent presque toujours à nos médications directes.

— *Du régime dans les maladies en général*, par M. Gasté (Thèses de Paris, n° 234).

— *Considérations générales sur les aliments et sur l'alimentation dans les maladies*, par M. Armieux (Thèses de Paris, n° 88).

— *De la convalescence dans les maladies aiguës graves*, par M. Forestier (Thèses de Paris, n° 38).

— *Du traitement des maladies sans l'emploi des stimulants alcooliques*, par M. Higginbottom (Gazette médicale, p. 614). — En Angleterre, les alcooliques sont généralement employés dans le traitement des affections aiguës ; un médecin anglais, M. Higginbottom, s'élève contre cette pratique, contestant, d'après ses observations, les avantages qu'on lui attribue.

— *Délire calmé par l'alimentation*, par M. Trousseau (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, septembre). — Un malade, entré dans le service de M. Trousseau avec un érysipèle de la face, avait du délire. M. Trousseau, dès que la fièvre a perdu de son intensité, lui a donné des aliments et du vin ; dès le lendemain, le délire a cessé. Le même effet se produit, suivant M. Trousseau, dans toutes les maladies aiguës délirantes, quand les intestins ne sont pas en cause, et que l'état fébrile est assez modéré pour permettre une légère alimentation.

— *Des complications cérebrales et de leur traitement*, par M. Forget (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 289). — Développement et démonstration de ces deux principes : 1° au point de vue de l'observation, la multiplicité des causes morbides se résume en un petit nombre de groupes composés chacun d'un certain nombre de causes ou d'éléments, dont le mode d'action est identique, ou, du moins, qui produisent ostensiblement les mêmes symptômes et les mêmes lésions. Ainsi, il est impossible de signaler la moindre différence fondamentale entre les complications cérébrales qui se produisent dans le rhumatisme et celles qui se montrent dans les phlegmasies franches, dans les exanthèmes aigus ou chroniques, dans les fièvres dites essentielles.— 2° Au point de vue thérapeutique, en face de ce chaos de spécificités cérébrales, on n'a pas retrouvé un seul remède spécifique et il faut, dans tous les cas, agir comme si la spécificité n'existait pas, comme si les symptômes cérébraux étaient primitifs. — L'auteur recommande l'emploi de l'opium à haute dose dans le

traitement des complications cérébrales, quand l'expectation n'est pas possible et que les révulsifs sont insuffisants.

— *Exposé sommaire du plessimétrisme dans son application au diagnostic en médecine*, par M. Favre (Paris, imprimerie Gros; in-8°, 31 pages).

— *Considérations pratiques sur l'action déplétive ou mécanique des émissions sanguines générales*, par M. Fonssagrives (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 5). — Ce mémoire est ainsi résumé : 1° les épanchements séreux très-abondants qui se forment brusquement dans la plèvre ou dans le péricarde doivent être traités par les saignées copieuses; — 2° les accès épileptiformes multipliés et suivis de coma, n'étant que l'expression symptomatique d'une suffusion séreuse opérée dans les ventricules cérébraux, peuvent être rapidement enlevés par les émissions sanguines; les convulsions de l'éclampsie puerpérale et scarlatineuse, de même que celles de l'encéphalopathie albuminurique, reconnaissent une cause identique et sont justiciables du même moyen; l'anasarque aiguë par répercussion de sueur et compliquée d'œdème du poumon indique également l'usage des saignées abondantes; — 3° la période d'hépatisation de la pneumonie est celle qui réclame le plus impérieusement les émissions sanguines générales; — 4° dans tous ces cas l'action des saignées est uniquement déplétive ou mécanique; — 5° l'état local doit être, eu égard au danger, principalement sinon exclusivement interrogé, et il convient de n'admettre qu'avec une extrême réserve des contre-indications tirées de l'état général.

— *De la clinique en général et de la pratique nosocomiale comparée à la pratique civile*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 310). — Leçon clinique, dans laquelle le professeur étudie les différences dans certains symptômes, suivant que le malade est à l'hôpital ou dans sa famille.

— *Examen critique de l'incubation appliquée à la thérapeutique*, par M. Baudot (Thèses de Paris, n° 60).

— *Essai sur l'expectation*, par M. Doyen (Thèses de Paris, n° 116). — Cette thèse intéressante, dans laquelle M. Doyen a voulu lutter contre le scepticisme en médecine, se résume dans les propositions suivantes : 1° l'art intervient presque toujours dans les affections chirurgicales; — 2° les phlegmasies aiguës exigent, au début du moins, une thérapeutique active; 3° — si beaucoup de fièvres et de maladies spécifiques guérissent par les seuls efforts de la nature, si l'aphorisme *in febribus therapeia fere nulla* est admissible, il y a encore bien des désidérata relativement à leur traitement. Rien n'indique que l'on ne trouvera pas plus tard des spécifiques, rien n'indique que les symptômes fébriles doivent être toujours respectés comme un effort de la nature médicatrice; — 4° il est indiqué de s'opposer autant que

possible à la prolongation des phlegmasies chroniques, considérées surtout comme causes éloignées d'affections organiques diverses ; — 5° on doit attaquer de front les diathèses, et, à défaut de moyens suffisants, soulager au moins quelques-uns de leurs symptômes les plus pénibles; — 6° l'attention du médecin doit toujours être en éveil ; s'il s'endort avec trop de confiance dans les efforts de la nature, il pourra commettre bien des fautes irréparables (*occasio præceps*) ; — 7° le médecin est un homme essentiellement militant ; il ne doit jamais se laisser abattre par l'idée de son impuissance; il doit toujours aller en avant, et chercher, par une expérimentation prudente, de nouvelles armes contre la maladie ; — 8° enfin, alors même que le médecin est convaincu de son impuissance et de celle de la nature dans un cas particulier, il est de son devoir de simuler encore l'action pour laisser au moins l'espérance au malade ; de cette façon, l'homme de l'art aura rempli à la fois son double rôle scientifique et humanitaire.

ALIÉNATION MENTALE.

— *Résumé d'observations relatives à l'histoire naturelle du crâne humain*, par M. Gratiolet (Annales médico-psychologiques, p. 157). — « L'étude de la forme du crâne, dit l'auteur, présente un véritable intérêt, non sans doute eu égard au diagnostic des instincts spéciaux de l'individu, mais au point de vue des aptitudes générales et de la disposition hiérarchique des races. » Il établit ensuite les faits suivants : — La forme extérieure du crâne n'exprime qu'imparfaitement la forme du cerveau. — Dans l'espèce humaine, il y a un rapport assez constant entre la position de la suture transverse et celle du sillon de Rolando qui marque la limite postérieure du lobe frontal, en sorte que la grandeur de ce lobe répond assez exactement à l'étendue de l'os frontal. — Ce développement du lobe frontal n'est pas toujours en rapport avec la saillie du front en avant, mais avec l'inclinaison de la suture transverse, inclinaison qui donne plus ou moins d'espace aux développements possibles du frontal en arrière. — Chez certaines races (la mongole), la largeur du front est exclusivement comprise entre les deux crêtes temporales ; chez les blancs, ces régions temporales font partie de la face, et l'os frontal tout entier sert à l'ampliation du front. — A partir de la naissance, le mouvement d'accroissement du cerveau est plus rapide dans la partie frontale que dans les parties postérieures. — Chez les races noires, l'ossification des sutures se fait d'avant en arrière, et de plus elle est très-précoce; chez les blancs, au contraire, cette

ossification est fort tardive et le crâne se forme d'abord en arrière. — L'épaisseur du crâne est remarquable chez les races sauvages ; le crâne du blanc est mince, léger, aérien.

— *Trois nouvelles observations de cancer du cerveau*, par M. Auzouy (Annales médico-psychologiques, p. 513). — L'envahissement des centres nerveux par des masses cancéreuses est loin de produire des phénomènes constants et invariables. Souvent les malades n'éprouvent de troubles fonctionnels graves que dans les derniers moments de leur existence. Cela prouve que ces formations morbides agissent quelquefois à la manière de corps étrangers, se font une place dans les tissus sans les irriter, et y séjournent presque impunément jusqu'au moment où, par des causes impossibles à déterminer, il se manifeste un cortége de formidables symptômes. Le diagnostic de ces tumeurs présente donc les plus grandes difficultés. Toutefois si, par hasard, on était appelé à constater chez le même sujet une céphalalgie intense, soit permanente, soit adoucie par quelques rémissions, s'accompagnant de douleurs lancinantes, térébrantes; de l'insomnie, de la fièvre, des vomissements indépendants de toute affection gastrique ; une coloration jaune-paille de la peau, surtout à la face ; de l'œdème et de la bouffissure non liés à un état chlorotique ou à un trouble circulatoire ; des lésions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ; une hémiplégie ou une paralysie plus ou moins complète ; des désordres de l'intelligence, et en particulier de l'obtusion ou des accès épileptiformes ; de la prostration alternant avec des paroxysmes ou des cris aigus et plaintifs ; enfin de l'émaciation et de la fièvre hectique, on pourrait sans trop se tromper diagnostiquer une affection cancéreuse du cerveau.

— *Recherches sur la physiologie de la pensée*, par M. Lélut (Deuxième mémoire.—Annales médico-psychologiques, p. 1). — M. Lélut trace dans ce mémoire un programme des facultés dans lesquelles on peut et on doit décomposer la pensée, du point de vue surtout de la recherche des conditions organiques de son exercice. Il les décompose ainsi qu'il suit. — *Premier groupe des faits et des pouvoirs de la pensée.* Les besoins et les appétits. — *Deuxième groupe.* Les affections et les passions. — *Troisième groupe.* Les sens externes. — *Quatrième groupe.* L'imagination et la mémoire. — *Cinquième groupe.* Les aptitudes intellectuelles. — *Sixième groupe.* L'entendement ou les facultés intellectuelles proprement dites. — *Septième groupe.* La volonté. — Ces sept groupes peuvent se résumer en deux séries parallèles : d'une part, sensibilité intense qui, partant du sentiment général de l'existence ou du moi, remonte par les appétits et les besoins jusqu'aux affections, aux désirs et aux passions ; d'autre part, sensibilité externe qui s'élève par l'imagination et la mé-

moire jusqu'aux facultés les plus élevées de l'entendement pur. Au-dessus de ce double faisceau, la volonté ou le moi. Abordant ensuite les conditions organiques du sentiment du moi ou de la personne, il conclut que, dans l'état normal, chez l'homme intact, vivant et sentant, tout le corps, tout le système nerveux semble être à la fois la condition organique de l'activité de l'âme dans le fait général du moi ou de vie sentie; condition principale et pour ainsi dire intellectuelle dans le cerveau ; plus sensitive dans la moelle allongée et épinière ; exclusivement nutritive, affective, passionnée dans les organes, dans les cordons et centres nerveux de la vie organique ; mais tout cela ensemble et par une sorte de coup de foudre qui éclaire en même temps le corps et l'âme.

— *De l'influence du moral sur le physique de l'homme*, par M. Gaye (Thèses de Paris, nº 158).

— *Discussion sur les névroses extraordinaires* (Société médico-psychologique). — Cette discussion a été soulevée par la présentation du mémoire de M. Puel sur la catalepsie. En abordant un sujet aussi peu exploré et qui semble sortir si souvent des lois physiologiques actuellement connues, la plupart des combattants se sont renfermés dans un profond scepticisme, et les plus hardis eux-mêmes ont fait de prudentes réserves.

M. *Garnier*, divisant en deux classes les phénomènes observés dans le somnambulisme soit naturel, soit artificiel, a fait remarquer que ceux de la première, caractérisés par l'insensibilité générale ou partielle, l'immobilité et la rigidité des membres, la surexcitation de certaines facultés, la perspicacité spéciale, la veille partielle, accompagnée de sommeil pour tout le reste, se retrouvent, quoique à un degré inférieur, dans la rêverie et le rêve. Pour ceux de la seconde classe, qui sont la transposition des sens, et la vue à travers les distances, ils n'ont, dit-il, aucun fondement sérieux, et ne se soutiennent qu'à cause de notre goût pour le merveilleux.

Il n'a pas tenu à M. *Ferrus* que la cause du somnambulisme lucide ne triomphât dans le sein de la Société. Deux observations tirées de sa pratique personnelle, et où les phénomènes névropathiques les plus variés et les plus curieux se rencontrent à chaque instant, semblent établir nettement la possibilité de voir autrement que par les yeux. Fort de sa conviction basée sur de longues et prudentes expérimentations, M. Ferrus n'a cessé pendant toute la discussion de demander la création d'une commission chargée de faire des expériences, et d'éclairer un point aussi obscur.

M. *Lunier* est venu l'appuyer en lisant une observation, et M. *Bourdin*, après lui, a soutenu qu'il avait constaté la possibilité de la transmission mystérieuse de la sensation du magnétiseur

à la magnétisée par le seul effet de la volonté, et même de la transmission mentale, et sans signes extérieurs, d'ordres qui ont été compris et exécutés par la malade.

Ces résultats sont critiqués par M. *Maury*, et surtout par M. *Dechambre*, qui a assisté à une partie des expériences, et qui n'en est pas sorti convaincu.

M. *Michéa* rapporte une observation de catalepsie dans laquelle il n'a pu constater aucune complication de somnambulisme artificiel ni de déplacement des sens.

M. *Brierre de Boismont* n'a jamais été témoin, dit-il, de lucidité parfaite, de la transposition des sens, de la vision à travers les corps opaques et à distance, malgré sa bonne volonté à assister aux séances où il était invité ; mais il n'hésite pas à dire qu'il y a dans l'organisme un agent d'une force inconnue à l'aide duquel on obtient des résultats remarquables ; cet agent, c'est la puissance de la volonté de l'homme sur l'homme. Elle ne s'exerce pas seulement par la parole, le geste, le regard, mais encore par le toucher. L'imagination a sans doute une grande part dans ces résultats, mais elle ne les explique pas tous. Il rapporte ensuite deux observations de névroses dans lesquelles de simples passes magnétiques provoquaient des secousses électriques et une insensibilité complète pour le monde extérieur.

M. *Cerise* mentionne l'histoire clinique d'une jeune malade qui fut successivement choréique, hystérique, cataleptique et aliénée. Invité à visiter la malade la nuit au moment de ses accès habituels, il essaya, pour éviter cette course nocturne, de provoquer l'accès au milieu du jour, et il y parvint. Il rappelle ensuite l'observation, déjà publiée par lui, d'une femme atteinte depuis quelques années d'hystérie épileptiforme, et chez laquelle il avait substitué des accès dépendant de son intervention aux accès spontanés ; substitution en quelque sorte thérapeutique, puisque des accès provoqués quatre ou cinq fois éloignèrent et firent disparaître les accès nombreux qui constituaient la maladie. Il rapporte encore un troisième fait, dans lequel la malade n'entendait aucun bruit, aucune parole, qu'une communication ne fût établie entre son épigastre et la personne qui parlait. Pour M. Cerise, c'est au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique surtout qu'il faut envisager la question des névroses extraordinaires. Le somnambulisme est, dit-il, une névrose soumise, plus que les autres, à notre intervention médicale, et à l'aide de laquelle nous pouvons agir sur celles qui sont tenaces, difficilement curables et toujours inaccessibles à notre intervention.

M. *Belhomme* raconte avec de longs détails et presque jour par jour l'histoire d'une maladie nerveuse extraordinaire traitée et guérie par le magnétisme animal. Le malade, pendant ses crises, prévoyait et annonçait la fin de ses maux.

M. *Parchappe* a clos la discussion en s'élevant avec vigueur contre l'opinion de M. Cerise, qui, tout en repoussant le magnétisme comme théorie physiologique, l'accepte jusqu'à un certain point comme auxiliaire de la thérapeutique médicale. Pour lui, rien n'est bon dans le magnétisme, c'est une fausse science, et il nie absolument l'efficacité de toute thérapeutique magnétique, comme il repousse aussi le point de vue théorique et le point de vue historique.

D'autres membres, MM. *Peisse*, *Baillarger*, *Delasiauve*, *Moreau*, *Buchez*, etc., ont aussi pris part à cette discussion la plupart comme critiques.

La Société a commencé ensuite une discussion sur la paralysie générale qui n'est pas encore terminée, et dont nous renvoyons l'analyse à l'année prochaine.

— *De l'identité des causes du suicide, du crime et des aliénations mentales*, par M. F. Voisin (Académie de médecine, 2 février). — Ce mémoire, dont M. Voisin lit la première partie, est basé sur la doctrine de l'exagération personnelle comme cause d'aliénation mentale.

— *Du délire des affections ou de l'altération des sentiments affectifs dans les diverses formes de l'aliénation mentale*, par M. Auzouy (Annales médico-psychologiques, p. 53). —Les sentiments affectifs peuvent s'appliquer séparément ou simultanément : 1° à Dieu ; 2° à l'individu lui-même ; 3° à sa famille ; 4° à ses semblables. Ils peuvent être intacts, pervertis, exagérés, affaiblis, ou abolis. Quatre formes de l'aliénation mentale, la manie continue, la manie rémittente ou intermittente, la monomanie, la lypémanie peuvent être regardées comme surexcitant l'affectivité. Les six autres : stupidité, démence, folie paralytique, folie épileptique, imbécillité, idiotie, ont sur elle un effet éminemment déprimant. En somme, les facultés affectives sont presque constamment lésées chez les aliénés, et ces lésions sont soumises au même mode que l'altération intellectuelle ellemême. L'exaltation du délire mental entraîne l'exaltation du délire affectif, et la dépression du premier a pour conséquence à peu près inévitable la dépression du second.

— *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.—Considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*, par M. Marcé (Paris, J-B. Baillière; in-8°, 394 pages). — Nous avons donné l'année dernière (Voir l'*Annuaire*, t. I, p. 332) le résumé de deux mémoires que M. Marcé avait publiés sur ce sujet. L'ouvrage actuel complète ces études intéressantes ; vu son importance, nous allons en faire l'analyse, tout en renvoyant nos lecteurs à ce que nous avons dit dans notre précédent volume. — Quelques mots sur l'état puerpéral servent d'introduction. Les limites qui, dans ces derniers temps, ont été

assignées à cet état sont, comme on le sait, très-variables. M. Marcé, après avoir étudié les causes soit occasionnelles, soit prédisposantes de la folie puerpérale, rapproche les femmes enceintes des femmes en couche et des nourrices, et laisse de côté les troubles sympathiques dus à la menstruation. — Vient ensuite un chapitre qui traite de l'influence sympathique de l'utérus sur le développement de la folie puerpérale. — Existe-t-il des folies sympathiques? Que doit-on entendre par ce mot? — M. Marcé distingue la sympathie physiologique de la sympathie morbide ; il assigne à cette dernière, comme caractère essentiel, d'être constituée par « deux faits naissant simultanément, augmentant et disparaissant ensemble. » A côté de cette espèce de sympathie, dont il cite des exemples, il admet une *sympathie imparfaite*, dénomination qu'il réserve pour les cas où la maladie, développée par sympathie pure, se sépare ensuite de la maladie primitive, suit son évolution naturelle, malgré la disparition de la cause qui lui a donné naissance, et finit par devenir incurable. — Il y a des folies puerpérales purement sympathiques : ce sont celles qui, liées à la conception ou à l'accouchement, disparaissent dès que le travail est terminé. Il en est d'autres que l'auteur rattache à la classe des sympathies imparfaites, parce qu'il n'y a sympathie de l'utérus qu'avec la période initiale de la folie, et ces dernières sont plus nombreuses que les premières, bien que l'opinion contraire soit généralement répandue. — Les résultats que donnent les statistiques touchant la fréquence de la folie puerpérale sont dignes de nous arrêter un instant. M. Marcé est arrivé aux chiffres suivants : en moyenne, sur 12 ou 13 aliénées, on rencontre 1 malade atteinte de folie puerpérale ; sur 310 cas de folie puerpérale, il en est 27 qui se sont développés pendant la grossesse, 180 à la suite de l'accouchement, 103 pendant la lactation ; quant à la proportion des femmes atteintes de manie puerpérale, relativement au nombre des nouvelles accouchées, elle ne peut être établie que d'une manière approximative, suffisante, toutefois, pour démontrer combien sont rares les cas de folie chez les nouvelles accouchées. — Manie, mélancolie et monomanie, telles sont les trois formes que revêtent les perversions de l'intelligence chez les femmes avant, pendant ou après l'accouchement. — Il nous serait difficile de donner ici le résumé des longs chapitres que l'auteur a consacrés à l'étude consciencieuse des symptômes et du diagnostic de chacune de ces affections. Tout ce qu'on pouvait dire, M. Marcé l'a dit ; tout ce qu'on pouvait prouver, il l'a prouvé par des observations et de judicieuses réflexions. Mais, hélas ! en aliénation mentale comme ailleurs, le doute est obligatoire sur plus d'un point, et personne ne blâmera M. Marcé d'être resté dans une sage réserve pour les cas où les preuves lui ont paru insuffi-

santes. — Des 79 observations qu'il rapporte, M. Marcé tire cette conclusion générale, que, dans l'immense majorité des cas, chez les femmes prédisposées par leurs antécédents, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement peuvent avoir la plus fâcheuse influence sur les fonctions cérébrales, soit par une action directe et sympathique de l'utérus sur les centres nerveux, soit par suite de l'épuisement général qui accompagne presque toujours la grossesse et ses suites. Le médecin devra donc veiller à ce que les femmes qui se trouvent dans de semblables conditions remplissent avec le moins de rigueur possible les fonctions de la maternité. — Le médecin pourra-t-il conseiller la grossesse ou l'allaitement comme moyen curatif de la folie? L'auteur ne le pense pas, et nous partageons son opinion, après la lecture de ses observations.

— *Considérations sur les phénomènes critiques observés dans le cours de la folie*, par M. Laffitte (Thèses de Paris, nº 194).

— *De l'hérédité, comme cause de l'aliénation mentale,* par M. Homo (Thèses de Paris, nº 182).

— *De l'influence pathogénique de l'insomnie*, par M. Renaudin (Gazette des hôpitaux, p. 18).— M. Renaudin, dans cet article, regarde l'insomnie comme une complication fâcheuse, qui peut avoir une grande influence sur le développement des maladies mentales.

— *Statistique de l'aliénation mentale,* par M. de Launay (France médicale, p. 361). — Tableau publié par le bureau de la Statistique de France, donnant la situation générale des établissements d'aliénés depuis 1842 jusqu'à 1853.

— *Quelques observations sur l'aliénation mentale dans le département de la Meurthe*, par M. Renaudin (Nancy, imprimerie Grimblot; in-8º, 43 pages).

— *Influence de la fièvre typhoïde sur la production de l'aliénation mentale et sur sa guérison,* par M. Schlager (Gazette des hôpitaux, p. 59). — L'auteur se croit autorisé, d'après ses observations, à regarder la fièvre typhoïde comme une des conditions étiologiques les plus actives de l'aliénation mentale. Le délire, dans ces cas, se rapporte presque toujours à des idées de persécution. Par contre, l'auteur a eu occasion d'observer onze fois la fièvre typhoïde chez des aliénés; six d'entre eux furent guéris de l'aliénation mentale sous l'influence de la fièvre typhoïde, après avoir passé par un état de stupeur complète.

— *Etudes sur l'aliénation mentale*, par M. Gaussail (France médicale, nºs 39 et suivants). — Cet intéressant travail traite de l'aliénation mentale considérée à un point de vue général : la première étude est consacrée à l'examen des *classifications* et *divisions :* la deuxième a pour titre : *Raison et folie.* L'auteur

promet une troisième étude ; nous analyserons le mémoire quand il aura été complétement publié.

— *Quelques considérations générales sur l'aliénation mentale,* par M. Viret (Thèses de Paris, n° 75).

— *Quelques mots sur l'aliénation mentale émanée des fièvres intermittentes et rémittentes,* par M. Liégey (Revue thérapeutique du Midi, p. 677). — L'auteur conclut à l'influence des pyrexies intermittentes et rémittentes comme causes de folie.

— *Fièvre intermittente quarte et chronique, survenue sans cause efficiente connue. — Lypémanie. — Démence. — Mort,* par M. Berthier (Revue thérapeutique du Midi, p. 500).

— *De la marche de la folie,* par M. Valéry Combes (Thèses de Paris, n° 36).

— *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques,* par M. Baillarger (Annales médico-psychologiques, p. 168). — Conclusions : 1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale, ou qui surviennent dans son cours, sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères. — 2° Les hémiplégies passagères portent assez souvent sur le même côté. — 3° En se répétant sur un seul hémisphère, ces congestions finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes. — 4° Ces hémiplégies, dont beaucoup étaient restées inexpliquées, l'hémisphère opposé n'offrant aucune altération locale, paraissent devoir être rattachées à une prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé à la paralysie.

— *Recherches sur l'aliénation mentale des enfants, et plus particulièrement des jeunes gens,* par M. Brierre de Boismont (Académie des sciences, 7 juin, et J.-B. Baillière; in-8°, 38 pages). — Résumé : L'aliénation mentale s'observe chez les enfants. — La forme maniaque, ou plutôt la perversion de l'instinct avec exaltation, est celle qu'ils présentent ordinairement. — Cette maladie est plus commune dans la jeunesse, à l'époque de la puberté. — Sur 30 cas où les antécédents ont pu être recueillis avec soin, 18 fois il y avait une prédisposition héréditaire. Indépendamment de la tache originelle, les parents étaient mal organisés au point de vue moral, et leurs enfants avaient apporté le germe de ces mauvaises dispositions. — Les maladies de l'enfance comprises sous le nom de *fièvres cérébrales* ont en général une action fâcheuse sur le caractère et la raison des jeunes gens qui en ont été atteints ; ils restent souvent apathiques, tristes, et deviennent facilement aliénés. — Les désordres de la menstruation chez les jeunes personnes prédisposées sont aussi une cause déterminante de folie. — Le pronostic de la folie chez les jeunes gens prédisposés est grave, car si la guérison est de près de la moitié du chiffre total, il y a, dans beaucoup de cas, des rechutes,

des changements de caractère, et de l'inaptitude à exercer un état. — Cette gravité de l'aliénation, à cette époque de la vie, nous paraît évidemment tenir aux antécédents et au développement incomplet de l'organisme. Les désordres de la menstruation rendent encore le pronostic plus défavorable. — L'influence de l'hérédité morbide, physique et morale, si appréciable dans les faits qui font la base de ce travail, est un enseignement pour la philosophie, l'éducation et la médecine légale. — Le traitement hygiénique et médical peut arrêter les progrès du mal, le guérir même dans quelques circonstances; mais il est insuffisant lorsque celui-ci est passé à l'état de dégénérescence. — Le seul moyen qui puisse lutter d'énergie contre une modification aussi profonde et préparée souvent depuis fort longtemps, c'est le croisement des familles. Les expériences nombreuses tentées avec un si grand succès sur les animaux, celles toutes faites sur la race humaine, démontrent chaque jour la puissance de cette loi.

— *Monomanie furieuse, suspendue par des lavements d'éther*, par M. Laffon (Gazette des hôpitaux, p. 103). — Il n'est pas certain que la malade dont il s'agit n'ait pas eu seulement un accès passager de manie puerpérale.

— *Exemple de guérison d'une paralysie générale bien confirmée*, par M. Snell (Gazette des hôpitaux, p. 606). — La paralysie générale était bien caractérisée; le malade est complétement guéri depuis assez longtemps. Le traitement n'a rien présenté de particulier.

— *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux*, par M. Baillarger (Annales médico-psychologiques, p. 368). — L'auteur combat l'opinion générale qui semble faire de la manie ambitieuse une période, ou la forme aiguë de la paralysie générale, dont la démence paralytique serait la forme chronique. Pour lui la manie ambitieuse ne se termine pas fatalement par la démence paralytique ; elle offre divers modes de terminaison qui sont : 1° la guérison complète; 2° la guérison, mais avec persistance de quelques phénomènes isolés, trop limités et trop légers pour constituer la démence paralytique ; 3° la manie chronique ; 4° la démence simple avec ou sans persistance du délire ambitieux ; 5° la mort, qui a lieu assez souvent avant que les phénomènes de paralysie se soient développés ; 6° elle peut n'être qu'une phase de la folie à double forme. — Mais si la manie ambitieuse diffère par ses symptômes et ses lésions de la démence paralytique, elle ne doit pas être confondue avec la manie simple, dont elle diffère par son étiologie où la congestion tient la première place, par une excitation musculaire constituant une lésion spéciale, par son délire, et par la gravité de son pronostic. Elle devrait former une maladie à part sous le nom de *manie congestive*. Il y aurait donc deux espèces de folie : les folies simples et

les folies congestives, et deux espèces de démence : la démence simple et la démence paralytique.

— *Du diagnostic différentiel des paralysies générales*, par M. Falret (Archives générales de médecine, août, p. 200). — M. Falret passe en revue les signes de la paralysie générale; le diagnostic est basé sur la réunion de ces symptômes, réunion qui existe bien rarement dans les autres affections du cerveau. Parmi les faits décrits sous le nom de *paralysie générale*, il admet quatre catégories : 1° La paralysie générale des aliénés avec ses diverses variétés de début. — 2° Les paralysies générales, de causes et de natures diverses, dues à des affections connues du cerveau, de la moelle ou du système nerveux, et à l'action de différents agents toxiques. — 3° La paralysie générale progressive sans délire, dont l'existence est encore contestable, comme espèce morbide distincte de toutes les variétés précédentes. — 4° Enfin, la paralysie générale accompagnée d'atrophie musculaire, ou paralysie spinale de M. Duchenne, variété intermédiaire à la maladie précédente et à l'atrophie musculaire progressive décrite par MM. Aran, Cruveilhier et Duchenne (de Boulogne).

— *Des rémissions dans le cours de la paralysie générale*, par M. Sauze (Annales médico-psychologiques, p. 493). — Elles peuvent présenter trois formes. Dans la première on voit disparaître en entier les signes de paralysie et persister la démence, dans la seconde la paralysie persiste et l'intelligence se rapproche de l'état normal. L'amendement simultané des symptômes de démence et de paralysie constitue la troisième forme. — Dans toutes les rémissions, quelle que soit leur forme dominante, se rencontre un symptôme commun, c'est l'affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles et morales. — Ces malades étant tous en démence, il y a chez eux une lésion du libre arbitre; et s'ils commettent un crime ou un délit, ils doivent être considérés comme irresponsables. — Ils ne sont aptes ni à administrer leurs biens ni à tester. — Dans leur intérêt comme dans celui de leur famille, ils doivent être interdits.

— *De la forme du délire chez les aliénés pellagreux*, par M. Aubert (Annales médico-psychologiques, p. 525). — Conclusions : 1° Le caractère propre au délire des aliénés pellagreux est la dépression mélancolique ; il se rapproche donc de celui qu'on a déjà signalé chez les individus devenant aliénés par suite de l'affection pellagreuse; — 2° le penchant à l'homicide et au suicide, non encore observé chez les aliénés pellagreux, doit être un fait excessivement rare.

— *Rapport médico-legal sur l'état mental de la fille Mélanie Ott, prévenue de vol*, par MM. les docteurs d'Eggs et Dagonet

(Annales médico-psychologiques, p. 533). — Il s'agit d'une folie ambitieuse consécutive à une blessure de la tête. Le rapport conclut que les facultés de Mélanie Ott sont, en effet, altérées, et que cette altération est de nature à enlever à l'inculpée la conscience de ses actes.

— *De la dépression mélancolique chez les pellagreux*, par M. Aubert (Gazette des hôpitaux, p. 498). — Sur soixante malades, l'auteur a pu s'assurer, en recherchant leur condition mentale, que tous présentaient une dépression mélancolique très-accentuée. Une mélancolie profonde a remplacé la manie chez les maniaques qui sont devenus pellagreux.

— *Chlorose compliquée d'hystérie et de manie aiguë*, par M. Kuhn (Gazette des hôpitaux, p. 242).

— *Quelques mots à propos d'une épidémie de démonolâtrie en Suède*, par M. Dechambre (Gazette hebdomadaire, p. 729).

— *Aliénation mentale liée à l'exercice des fonctions de juré.*
—*Aliénation mentale spontanée*, par M. Baillarger (Gazette hebdomadaire, p. 30). — M. Baillarger signale deux cas de folie survenue brusquement chez des jurés. Il trouve la cause de ces dérangements intellectuels dans les émotions morales et dans le changement d'habitude des jurés qui, ayant l'habitude à la campagne de vivre au grand air, se trouvent enfermés dans une chambre mal aérée pendant de longues séances. —Ce sont là des cas de folie spontanée sans antécédents. — M. Boys de Loury cite plusieurs exemples de folie spontanée.

— *Etude sur la mélancolie*, par M. Gachet (Montpellier, imprimerie Bœhm ; in-8°, 111 pages).

— *Observation de mélancolie paraissant avoir été produite par une cause accidentelle, et s'être transmise comme par contagion*, par M. Demarquette (Moniteur des hôpitaux, p. 756). — Une femme est atteinte accidentellement de mélancolie ; bientôt sa fille et son frère présentent des signes de la même affection.

— *Accès maniaques, mouvements convulsifs, mélancolie avec stupeur, hallucinations de l'ouïe, extase, catalepsie. — Guérison*, par M. Brierre de Boismont (Union médicale, p. 106).

— *Essai sur l'hypocondrie*, par M. Castagnon (Thèses de Paris, n° 102).

— *Des conclusions qu'il y a à prendre dans des cas de médecine légale concernant l'aliénation mentale et des conséquences qu'elles peuvent avoir*, par M. Boys de Loury (Gazette hebdomadaire, p. 321). — M. Boys de Loury signale la position dans laquelle se trouvent les individus qui, accusés de crimes, ont été mis en liberté comme atteints d'aliénation mentale. Quand ils ne sont pas enfermés dans un asile, ces malheureux trouvent difficilement des moyens d'existence, parce qu'ils sont repoussés comme dangereux ; la misère ou l'isolement les mènent à de

nouvelles fautes : ne serait-il pas urgent de créer une société philanthropique qui pourrait obvier à ces inconvénients ?

— *Rapport médico-légal sur l'état mental de Brigitte Albrecht (de Rohr), inculpée de meurtre*, par M. Dagonet (Annales médico-psychologiques, p. 185).—Conclusions : Cette femme est atteinte de lypémanie démonomaniaque. Cet état paraît exister depuis longtemps. — Il est de nature à lui enlever la conscience de ses actes. — La simulation est inadmissible.

— *Rapport sur un cas d'aliénation mentale*, par M. Cavalier (Revue thérapeutique du Midi, p. 343). — Faux-monnayeur. — Rapport médico-légal, concluant à l'aliénation mentale, bien que le jeune homme dont il s'agit ne passât que pour avoir quelques bizarreries de caractère. Depuis qu'il est dans l'asile, la folie devient de jour en jour plus évidente ; c'est que, à part les déments paralytiques, les aliénés conservent encore la faculté de dissimuler, alors même que la volonté ne régit plus leurs actes.

— *Rapport médico-légal sur l'état mental de la nommée Adeline Sch..., prévenue de coups et blessures*, par M. Billod (Annales médico-psychologiques, p. 559). — Conclusions : 1° la femme Sch... ne donne actuellement aucun signe d'aliénation mentale, mais il paraît hors de doute qu'elle en a présenté à plusieurs reprises les atteintes les mieux caractérisées ; — 2° ces diverses atteintes peuvent être considérées comme autant d'accès d'une folie intermittente dont la période de lucidité dans laquelle se trouve actuellement l'inculpée, constitue vraisemblablement une intermission ; — 3° cette folie, probablement consécutive à l'épilepsie, et principalement caractérisée par des emportements maniaques avec penchant à la violence et à la fureur, pouvant aller jusqu'à l'homicide, entraîne la privation du libre arbitre, et par suite l'irresponsabilité pour les actes qui en sont ou qui peuvent en être la conséquence ; — 4° et enfin, cette forme d'aliénation mentale, étant de nature à compromettre gravement la sûreté des personnes, motive d'urgence le placement d'office de la femme Sch... dans un établissement spécial d'aliénés.

— *Rapport médico-légal sur l'état mental du sieur Clément Bisqueburn, inculpé de dévastations de récoltes, d'outrages à la force publique*, par M. Cazenave (Annales médico-psychologiques, p. 198). — Le rapport conclut : 1° que Bisqueburn est atteint de folie partielle ; 2° qu'il importe, autant dans son intérêt que dans celui de la société, qu'il soit soustrait aux excitations extérieures, et principalement qu'il soit éloigné des lieux qui ont déterminé la crise actuelle ; 3° enfin, qu'il soit soumis à un traitement spécial.

— *Monomanie instinctive. — Faux, vols, six incendies par une sœur novice*, par M. Berthier (Gazette médicale de Lyon, p. 148). — Rapport médico-légal.

— *Rapport médico-légal sur l'état mental de la nommée Marie Pons, inculpée de tentatives de meurtre. — Ordonnance de non-lieu*, par M. le docteur Pontier (Annales médico-psychologiques, p. 93). — Le rapport conclut que Marie Pons est actuellement aliénée ; qu'elle appartient à la catégorie des monomanes lypémaniaques hallucinés ; que sa maladie remonte à une époque très-éloignée ; que la simulation paraît inadmissible, et que c'est évidemment sous l'influence de l'aberration de son intelligence qu'elle a commis la tentative de meurtre qui lui est imputée, et dont pour cette raison elle ne saurait être responsable.

— *Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Charles P****, par M. Billod.— *Tentative de meurtre sur la personne d'un magistrat* (Annales médico-psychologiques, p. 204). — Conclusions : 1° le nommé Charles P*** est atteint d'une aliénation mentale partielle ;—2° cette aliénation revêt les caractères de l'affection connue sous le nom de *lypémanie*, avec prédominance d'idées processives et judiciaires susceptibles de réagir, si ce n'est en tristesse habituelle, du moins en tendances agressives et homicides à l'égard des magistrats accusés par l'inculpé de détenir illégalement les sommes qu'il prétend lui avoir été adjugées ; — 3° le délire qui caractérise cette aliénation mentale entraîne la perte du libre arbitre pour les actes au moins qui, de même que le crime imputé au sieur P***, se lient aussi intimement à ce même délire que la conséquence d'un raisonnement à ses prémisses ; — 4° le sieur P*** était vraisemblablement sous l'influence de cet état mental lorsqu'il a commis l'acte qui lui était imputé.

— *Tentative de meurtre. — Aliénation* (Gazette des hôpitaux, p. 86). — Les médecins ont reconnu que la malade était atteinte de lypémanie avec hallucinations. — Il y a eu une ordonnance de non-lieu.

— *Rapport sur le service médical de l'Asile public d'aliénés du département du Bas-Rhin pour l'année* 1857, par M. Dagonet (Strasbourg, imprimerie Silbermann, in-8°, 56 pages).

— *Etude sur Esquirol ; son influence sur la marche de la pathologie mentale*, par M. Danner (Thèses de Paris, n° 269).

— *Mazas.—Etude sur l'emprisonnement cellulaire et la folie pénitentiaire*, par M. de Pietra Santa (2e édition ; V. Masson ; in-8°, XLII-70 pages).

— *De l'isolement nosocomial, et des moyens moraux qui complètent son action thérapeutique dans le traitement de la folie*, par M. Binet (Thèses de Paris, n° 188).

CHIRURGIE.

—*Bec-de-lièvre*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 95). — M. Guersant appelle l'attention des praticiens sur les propositions suivantes : 1° En opérant le bec-de-lièvre simple ou double, on a presque toujours, et à tout âge, un bon résultat ; 2° en opérant un bec-de-lièvre compliqué, quel que soit l'âge, c'est par exception qu'on réussit ; 3° enfin, en opérant un bec-de-lièvre simple ou double, ou compliqué, on échoue presque toujours s'il survient une complication de maladie de peau ou autre. — Exemple d'un petit opéré, qui a succombé à la scarlatine, sans que la réunion se soit faite. — M. Guersant préfère la suture à points séparés, parce qu'elle coupe moins les lèvres de la solution de continuité que la suture entortillée.

— *Nouvelle opération pour le bec-de-lièvre*, par M. Duke (the Lancet, mars). — Pour éviter les cicatrices que le passage des aiguilles laisse sur la peau après l'opération du bec-de-lièvre, M. Duke se sert d'aiguilles courbes, et fait la piqûre sur la muqueuse seulement, sans intéresser la peau. Il faut, pour cela, que l'avivement ait été pratiqué obliquement, de sorte que la muqueuse déborde en dedans la section cutanée. Les fils sont noués sur la face interne de la lèvre.

— *Mort subite après une opération de bec-de-lièvre*, par M. Schultze (Monatsschr. f. Gebuctsk, et Gazette hebdomadaire, p. 580). — Enfant d'un an ; bec-de-lièvre avec fente du maxillaire et de la voûte palatine. D'abord, on pratique la coaptation des os, ce qui réussit ; quatre semaines après, on opère le bec-de-lièvre. Au moment de l'opération, l'enfant s'asphyxie ; on enlève les épingles et tout rentre dans l'ordre ; quatre heures après, on fait de nouveau la suture ; l'enfant la supporte bien, mais les accidents d'asphyxie reparaissent bientôt, et la mort s'ensuit. — On peut admettre que l'opération agit d'une manière réflexe sur les organes de la respiration.

— *Désarticulation sous-cutanée et sous-périostale du maxillaire inférieur*, par M. Paravicini (Annali universali di medicina et Gazette médicale de Lyon, p. 292). — L'auteur a enlevé toute la moitié gauche de la mâchoire inférieure pour une affection cancéreuse. Après avoir incisé la peau, il détache le périoste ; ce n'est qu'après cette dissection qu'il a scié l'ors.

— *Désarticulation du maxillaire inférieur (méthode de l'arrachement)* (Gazette des hôpitaux, p. 259). — M. Verneuil, en présentant une tumeur myéoïde du maxillaire inférieur, donne quelques renseignements sur le procédé opératoire qu'il a suivi pour la désarticulation du maxillaire. L'os étant scié, il a coupé avec le bistouri les attaches du ptérygoïdien interne, et avec les

ciseaux courbes celles du muscle temporal. Il a terminé l'opération en *arrachant* l'os dans son articulation condylienne, suivant le procédé adopté par M. Maisonneuve. — Discussion à la Société de chirurgie sur cette méthode de *l'arrachement*. Contre l'arrachement, on cite la possibilité de la rupture de l'os, les désordres exercés sur les nerfs ; — en faveur de l'arrachement et contre la dissection, on fait valoir la rapidité plus grande de l'opération, la certitude de ne pas intéresser la maxillaire interne : le nerf dentaire inférieur est rompu dans le canal dentaire, on le reséque dans la plaie ; la fracture de l'os rend l'opération un peu plus longue et n'a pas d'autre inconvénient. — M. Chassaignac conseille de reséquer l'apophyse coronoïde avec des pinces de Liston, au lieu de couper avec des ciseaux les attaches du crotaphyte. — On trouve à la page 560 du même journal une lettre dans laquelle M. Heyfelder dit que le plus souvent il a réussi à couper avec le bistouri ou des ciseaux les attaches du temporal ; mais qu'il a aussi coupé l'apophyse coronoïde, dans les cas où la section du tendon du temporal lui aurait été impossible. Avec le bistouri, il détache toutes les parties molles qui environnent l'articulation ; l'arrachement pratiqué avec ces précautions n'offre aucun inconvénient.

— *Fracture du maxillaire inférieur, suite d'une avulsion de dents*, par M. Forget (Gazette hebdomadaire, p. 876).

— *Fracture du maxillaire inférieur avec déplacement opiniâtre. — Insuccès du bandage ordinaire et de la ligature métallique. — Application de l'appareil en gutta-percha le vingt-quatrième jour. — Succès rapide et complet*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 319).

— *Des fractures de la cavité glénoïde du temporal*, par M. Puech (Gazette des hôpitaux, p. 462). — Le rédacteur donne quelques indications sur ces fractures ; il rapporte ensuite une observation de M. Puech, ainsi résumée : Chute, plaies multiples dont une au menton ; hémorrhagie auriculaire gauche, qui, après avoir duré cinq jours, est suivie d'un écoulement séro-sanguinolent. Déglutition et mastication douloureuses. Guérison lente. — Les symptômes ne se sont distingués que par leur ténacité de ceux qui sont signalés par M. Morvan.

— *De la fracture de la cavité glénoïde du temporal, à la suite de violences sur le menton*, par M. Morvan (Archives générales de médecine, septembre, p. 278). — L'auteur rappelle qu'il a publié dans les *Archives de médecine*, décembre 1856, un mémoire où il a réuni cinq observations d'écoulement de sang par l'oreille, à la suite de violences sur le menton. L'absence de lésion de la membrane du tympan excluant une fracture du rocher, la sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire le portaient à admettre l'existence probable d'une fracture de la cavité glénoïde du

temporal. Il a observé depuis cette époque deux nouveaux faits semblables ; dans l'un d'eux, il a constaté la fracture directement par le stylet. Aussi M. Morvan ne conserve plus de doute sur la réalité de cette fracture. Il lui assigne comme cause une violence agissant sur le menton et transmise intégralement par l'intermédiaire du maxillaire inférieur jusqu'à la cavité glénoïde. Les symptômes, dont l'ensemble permet d'établir le diagnostic, sont les suivants : Il existe au menton une contusion et plus souvent encore une plaie contuse. Aussitôt après la violence, il se fait par l'oreille un écoulement de sang généralement copieux. La mâchoire inférieure ne peut s'écarter de la supérieure que de 1 ou 2 centimètres ; les mouvements de la mâchoire inférieure retentissent douloureusement à l'oreille qui saigne et à l'articulation temporo-maxillaire du même côté. Si l'on procède à l'examen de l'oreille qui saigne, on trouve qu'elle est, à la partie moyenne et inférieure du conduit auditif, le siége d'une sensibilité excessive, parfois d'un rétrécissement. Dans certains cas, en portant le stylet à ce point du conduit auditif, on sera à même de sentir les esquilles survenant de l'os fracturé. Si le conduit auditif n'est pas trop rétréci ou trop sensible, on pourra constater avec le spéculum l'intégrité de la membrane du tympan. Le corps vulnérant cause un tel ébranlement au cerveau et à l'oreille, qu'il y a perte de connaissance sur le coup et une surdité plus ou moins complète, plus ou moins persistante. — Le pronostic n'est pas grave; le traitement se réduit à l'emploi de la médication antiphlogistique et à quelques précautions du côté des mouvements de la mâchoire.

— *Nouveau procédé opératoire pour remédier à l'immobilité de la mâchoire inférieure*, par M. Rizzoli (Gazette médicale de Lyon, p. 128). — Un jeune homme avait eu, à la suite d'une ostéite avec nécrose (dans une fièvre typhoïde), une ankylose de la partie gauche de la mâchoire, effet du travail de réparation. Pour obvier à cette infirmité, qui ne permettait pas au malade de prendre des aliments solides, M. Rizzoli a fait la section de l'os entre la deuxième et la troisième molaire du côté gauche. Il espérait qu'une fausse articulation s'établissant en ce point, la moitié droite de la mâchoire pourrait recouvrer les mouvements ; c'est ce qui est arrivé sans accidents.

— *Cancer médullaire du maxillaire inférieur*, par M. Holt (the Lancet, janvier, et Union médicale, p. 340).

— *Tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 248). — M. Verneuil présente une tumeur de la mâchoire ; elle est très-dure ; elle se compose d'une partie centrale, osseuse et éburnée, et d'une partie corticale, fibreuse ; on y trouve des *plaques à noyaux multiples*, élément

homœomorphe, qu'on trouve à l'état normal dans la cavité médullaire des os longs, surtout chez les très-jeunes enfants.

— *Nécrose tuberculeuse de tout le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. — Résection de ce bord. — Guérison*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 94).

— *Fracture des os maxillaires supérieurs* (Gazette des hôpitaux, p. 9). — Relation de deux cas qui se trouvent dans les salles de M. Velpeau. Chute sur la tête; fracture de la mâchoire supérieure, qui est mobile et détachée des os qui l'environnent, sans que les deux maxillaires se soient disjoints. — Pas de complications. — Pour tout traitement, le repos.

— *Traité complet de la résection des maxillaires*, par M. O. Heyfelder, traduit par M. Pétard (Paris, Chamerot; in-8°, 156 pages). Ce travail donne la description anatomique de la région du maxillaire supérieur; dans un second chapitre, l'auteur passe en revue les lésions pour lesquelles on pratique la résection des maxillaires supérieurs. La dernière partie est consacrée à l'exposition des procédés opératoires pour l'ablation partielle ou totale du maxillaire. Excellent résumé de tout ce qui a été fait.

— *Kyste développé dans le maxillaire supérieur gauche*, par M. Vitalis (Bulletin de la Société anatomique, p. 326). — Ce kyste, trouvé sur un cadavre, paraît être une de ces tumeurs enkystées se développant aux dépens des follicules dentaires primitifs ou supplémentaires.

— *Treize fistules entretenues par une dent cariée*, par M. Parker (the Lancet, mars). — Une dent cariée a produit un abcès qui s'est ouvert sous le maxillaire; douze autres ouvertures se sont formées successivement dans la région cervicale; ces fistules ont duré sept ans, fournissant une suppuration abondante. Le mal a disparu avec l'avulsion de la dent cariée.

— *Des polypes de la pulpe dentaire*, par M. Salter (Archives générales de médecine, décembre, p. 733). — Les polypes décrits sont de petites excroissances, qui se développent chez les personnes dont les dents sont cariées; parfaitement indolores, ils ont la couleur de la gencive, envahissent et occupent la cavité cariée. Comme structure, ces polypes représentent d'abord les granulations d'une plaie qui bourgeonne; plus tard, on y rencontre les mêmes éléments que dans la gencive.

— *Deux cas d'abcès dentaire*, par M. Pirondi (Moniteur des hôpitaux, p. 103). Il est question d'abcès ossifluents, entretenus par la carie de la racine dentaire; avulsion de la dent. Guérison.

— *De l'hémorrhagie dentaire*, par M. Tondut (Gazette des hôpitaux, p. 23). — Hémorrhagie durant depuis trois jours, arrêtée par la compression directe et continue.

— *Note sur la structure de la membrane des kystes sublinguaux appelés grenouillettes*, par M. Robin (Gazette médicale,

p. 356). Quatre couches : 1° à la face interne, un épithélium manquant par places, composé d'une seule rangée de cellules prismatiques ; 2° au-dessous, une couche de matière amorphe et de corps fusiformes fibro-plastiques ; 3° comme troisième couche, des fibres de tissu lamineux non disposées en faisceaux, entremêlées de fibres élastiques ; 4° enfin, à la face extérieure, quelques grains glanduleux, ayant la structure des glandes salivaires normales.

— *Recherches sur la grenouillette.—D'un noüveau procédé pour en obtenir la guérison*, par M. Perrand (Thèses de Paris, n° 187).

— *Grenouillettes aiguës (accumulation subite d'un liquide dans le conduit de Warthon)*, par Haky (The Liverp. med.-chirurg. journal, janvier, et Archives générales de médecine, avril, p. 487). — L'auteur rapporte plusieurs observations pour prouver que, dans certains cas, la grenouillette est bien fournie par le conduit de Warthon, et non par un kyste indépendant de ce canal excréteur.

— *Grenouillette guérie par la rupture répétée du kyste*, par M. Harveng (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 319).

— *Grenouillette traitée avec succès par le séton et la ligature des parois du kyste*, par M. Van Dommelen (Gazette médicale de Lyon, p. 129). — Une ligature formée de quatre fils a été introduite à travers la grenouillette ; les deux extrémités ont été nouées de manière à étreindre les parois du kyste. Au bout de trois semaines, le séton est tombé ; le liquide ne s'est pas reproduit.

— *Rupture du canal de Sténon après une chute de cheval, sans plaie intérieure ni extérieure. — Infiltration salivaire*, par M. Peniston. — *Note sur une variété particulière d'abcès de la joue*, par M. Verneuil (New-Orleans med. and Surg. Gazette et Gazette hebdomadaire, p. 493). — Pour faire connaître en entier l'observation de M. Peniston, il faut ajouter que le chirurgien, constatant de la fluctuation, fit une incision, qu'il s'écoula du pus, que la plaie se ferma bien et que la salive parotidienne continua à s'écouler dans la bouche par l'orifice du canal de Sténon. — M. Verneuil pense qu'il n'y a eu ni rupture du canal, ni épanchement salivaire ; et qu'il y avait un abcès phlegmoneux, ayant pour siége une bourse séreuse qu'il a décrite dans la joue (V. l'*Annuaire*, t. I, p. 30). Ces abcès n'ont pas encore été mentionnés. Des kystes séreux peuvent aussi se former dans cette bourse.

— *Altération cancéreuse de la parotide, guérie sans récidive par l'extirpation*, par M. Floret (Moniteur des hôpitaux, p. 1220).

— *Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne*, par M. Dolbeau (Gazette hebdomadaire, p. 687). — Long et intéressant mémoire dans lequel la question est traitée dogmatiquement. On y trouve un grand nombre d'obser-

vations, d'après lesquelles M. Dolbeau dit que le volume en est très-différent; que, le plus souvent, ces tumeurs sont petites; qu'elles sont sous l'aponévrose, mais qu'elles peuvent paraître sous-cutanées, au niveau du conduit auditif où l'aponévrose est très-faible. Elles peuvent s'étendre du côté du pharynx et de la bouche. Elles se développent dans les cloisons fibreuses de la glande, où les éléments cartilagineux se déposent; elles peuvent aussi avoir les ganglions pour point de départ. — Deux périodes dans leur évolution : l'état de crudité et l'état de ramollissement et quelquefois d'ossification; les caractères physiques se modifient avec la structure. — Elles restent quelquefois stationnaires; d'autrefois, elles acquièrent un grand volume avant de se ramollir. — Il n'y a qu'un seul traitement applicable, l'opération avec le bistouri. M. Dolbeau veut que l'on enlève une partie de la tumeur seulement, si, pour pratiquer l'extirpation complète, il faut couper le facial ou ouvrir de gros vaisseaux. La portion de la tumeur peut en effet rester stationnaire; si elle repullule, on se conduit comme au moment de la première opération.

— *Calcul salivaire*, par M. Husbaud (Association medical Journal et Gazette médicale de Paris, p. 101). — Le calcul avait déterminé une tumeur qui fut d'abord prise pour un cancer; elle occupait la place habituelle de la grenouillette; le calcul, enlevé par une incision, pesait 88 grains (le plus gros que l'on ait observé jusqu'à ce jour); il était composé de phosphate terreux. Les suites de l'opération furent très-simples.

— *Extirpation de la parotide*. Rapport de M. Malgaigne (Académie de médecine, 26 octobre). — L'Académie avait à dire si, dans l'état actuel des connaissances humaines, on peut établir : 1° que l'extirpation complète de la parotide est impossible sans diviser la carotide externe et le nerf facial; — 2° qu'il est aussi impossible d'appliquer une ligature latérale à la veine jugulaire interne, et qu'il n'y a de cette opération aucun exemple consigné dans les annales de la science; — 3° enfin, au cas où de telles assertions ne seraient pas fondées, s'il est possible qu'un chirurgien expérimenté ait fait cette extirpation et la ligature de la jugulaire interne. — Après un historique détaillé des discussions soulevées sur ce sujet et l'examen de tous les documents qui ont trait à cette question, le rapporteur propose les conclusions suivantes : — Des dissections et des opérations sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'enlever la parotide, dans des cas exceptionnels, sans léser l'artère carotide externe et le tronc du nerf facial. — Nous ne connaissons aucun exemple de lésion de la jugulaire interne dans cette opération. Si cette veine était entamée, la ligature latérale pourrait être appliquée par un chirurgien habile, non toutefois sans difficulté; mais d'après le petit nombre de

faits connus jusqu'à présent, cette ligature exposerait aux dangers les plus terribles, et n'offrirait, par conséquent, aucune sécurité.

— *De l'hypertrophie de la glande parotide*, par M. Bauchet; rapport de M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 358). — Cette hypertrophie peut présenter des variétés : — Etre générale ou partielle; — superficielle, interstitielle ou profonde, diffuse ou circonscrite ; — glandulaire, épithéliale, fibreuse, cartilagineuse, graisseuse ou fibro-plastique. — Les principaux signes qui la caractérisent sont l'intégrité de la peau mobile sur la tumeur, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleur, maladie bien limitée. — Le seul moyen de guérir est d'extirper ces tumeurs, en ayant soin d'éviter les dangers que ferait courir la lésion des nerfs ou des vaisseaux.

— *De la parotide chez les sujets d'un âge avancé*, par M. Ward (The New-Orleans med. and surg. Journ., et Gazette hebdomadaire, p. 340). — La parotide présente chez les vieillards des symptômes bien autrement sérieux que chez les enfants : troubles digestifs et fièvre, congestion cérébrale, phénomènes du côté de la moelle, hypéresthésie, tremblements, etc. — Saignées, purgatifs et révulsifs ; sur les tumeurs on applique de la flanelle imbibée de liniment.

— *Du bégayement et des moyens de le guérir*, par M. Violette (Thèses de Paris, n° 157). — Dans cette thèse, on retrouve les idées émises par M. Becquerel dans son ouvrage sur le bégayement.

— *Cancroïde la la langue. — Ablation au moyen de l'écraseur linéaire. — Guérison*, par M. Foucher (Moniteur des hôpitaux, p. 1023).

— *Hypertrophie congénitale de la langue ; excision d'un lambeau cunéiforme ; guérison*, par M. Morrogh (The med and surg. Report, janvier 1858, et Gazette hebdomadaire, p. 127).

— *Kyste dermoïde sous la langue*, par M. Linhart (Asterr. et Gazette hebdomadaire, p. 502). — Kyste athéromateux, placé sur la ligne médiane, au-dessous de la langue. Ce fait est publié pour démontrer que certaines tumeurs, vulgairement nommées grenouillettes, sont constituées par des kystes d'une autre nature.

— *Gangrène de la langue*, par M. Nolé (Journal de médecine deToulouse, avril). — Cette gangrène est arrivée chez un homme affaibli, qui avait du purpura; l'escarre a été précédée d'un bouton aphtheux. Salivation fétide; emploi des toniques ; délire, mort dans le coma. — Pas de cautérisation de la partie malade.

— *Cancer de la langue opéré. — Récidive. — Mort par hémorrhagie*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 580).

— *Cancer de la langue.—Amputation par l'écraseur linéaire. — Guérison*, par M. Demarquay (Union médicale, p. 126).

— *Note sur un fragment de verre qui a séjourné neuf ans sous la peau du visage, sans que sa présence y fût soupçonnée,* par M. Blanchet (Académie des sciences, 16 août).

— *Corps étranger volumineux séjournant depuis six mois dans la profondeur de la face. — Diagnostic exact. — Extraction. — Guérison*, par M. Legouest (Gazette hebdomadaire, p. 243).

— *Du cancer sublingual*, par M. Roux fils (Gazette des hôpitaux, p. 154). — L'auteur décrit un cancer (le plus souvent cancroïde), qui se développe dans le plancher de la bouche, au-dessous de la langue dont il gêne les mouvements. A part les symptômes de voisinage tenant à son siége, nous ne trouvons rien de particulier dans l'histoire de ce cancer, semblable pour la marche et le traitement aux autres carcinomes de la cavité buccale. — Trois observations.

— *Epithélioma de la langue.—Récidive tardive dans les ganglions*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 343).

— *Exostose médio-palatine*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 79). — Exostose médio-palatine chez un homme ayant des accidents syphilitiques tertiaires; cette exostose n'existe que chez les personnes affectées de vérole.

— *Tumeur hypertrophique des glandes palatines*, par M. Nélaton (Gazette des hôpitaux, p. 201). — Nouvel exemple de ces tumeurs hypertrophiques, bien connues aujourd'hui, qui peuvent être énucléées et enlevées sans danger, à cause de la mobilité de la muqueuse du voile du palais.

— *Etudes sur quelques tumeurs de la bouche et de l'arrière-bouche*, par M. Bois (Thèses de Paris, nº 174).

— *Staphyloplastie par glissement*, par M. Jobert (le Progrès, t. I, p. 624). — Une observation.

— *Abcès pharyngien*, par M. Rouyer (Le Progrès, t. I, p. 576).

— *Lésions traumatiques de la voûte palatine et du voile du palais* (Gazette hebdomadaire, p. 37). — Deux observations; dans l'une, due à M. Denucé, on trouve : coup de pistolet dans la bouche; décollement d'une partie de la muqueuse du palais sous forme d'un lambeau renversé en arrière; perforation et fracture comminutive de la voûte palatine. Emploi d'un obturateur temporaire en gutta percha. Guérison. — L'autre a pour titre : *Plaie du voile du palais chez un enfant de quatre ans.* Insuccès presque complet de la suture. Guérison. — Le rédacteur fait observer combien les plaies guérissent facilement dans cette région, sans fistules; il oppose à ces succès les insuccès des opérations pratiquées pour les pertes de substance de cause organique.

— *Des abcès rétropharyngiens chez les enfants*, par M. Bokai

(Jahrb. f. Kind., Revue étrangère, p. 182). — Rien de particulier à ajouter à ce que nous connaissons.

— *Perforation de la voûte palatine*, par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 216). — Petite fille de onze ans, chez laquelle il existe une petite perforation dans la voûte palatine ; cette ouverture paraît avoir succédé à un petit abcès sous-muqueux ; pas de syphilis.

— *Opération d'uranoplastie faite avec succès suivant un nouveau procédé*, par M. Baizeau (Gazette des hôpitaux, p. 271). — Le malade avait une perforation traumatique ancienne de la voûte palatine. Le procédé employé par M. Baizeau a consisté à faire, après l'avivement, une incision de chaque côté, parallèle aux bords avivés et distante de 15 millimètres ; puis à disséquer les deux petits lambeaux, qui ont été réunis par deux sutures. Les fils ont été enlevés au bout de quarante-huit heures ; la cicatrisation s'est faite, sauf dans une très-petite étendue, qui s'est oblitérée à la suite d'une légère cautérisation avec un stylet rougi.

— *De l'incision du voile du palais, comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.—Recherches historiques sur l'opération de Mame (d'Avignon)*, par M. Fouilloux (Thèses de Paris, n° 254).

— *Tumeur du voile du palais*, par M. Verneuil (Bulletin de la Société anatomique, p. 81). — C'est une hypertrophie papillaire avec un pédicule, ce qui a permis d'enlever facilement cette petite tumeur.

— *Cathétérisme naso-salpyngien*, par M. Sapolini (Union médicale, p. 562). — Ce cathétérisme de la trompe d'Eustache se pratique par les fosses nasales ; il est établi sur la notion physiologique suivante : Pendant la déglutition, la contraction du péristaphylin interne forme un relief derrière l'orifice de la trompe ; l'action simultanée du constricteur supérieur et du péristaphylin externe enfonce les bords de l'orifice dans les parties molles et le dirige en avant. M. Sapoli introduit la sonde par les fosses nasales jusqu'à une profondeur de 9 centimètres, le bec tourné en bas et en dehors ; lorsqu'il est arrivé à l'ouverture postérieure de la fosse nasale, il fait exécuter au malade deux ou trois mouvements successifs de déglutition, de façon à rencontrer l'obstacle du péristaphylin interne ; alors il tourne tout à fait en dehors le bec de la sonde ; celui-ci, glissant sur le plan incliné du voile du palais, est entraîné presque par le seul poids dans l'orifice de la trompe, et l'opération se termine d'une manière très-sûre et très-expéditive.

— *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement*, par M. Gendron (Archives générales de médecine, mars, p. 278). — Ce travail renferme un certain nombre

d'observations inédites : l'auteur les rattache à quatre séries, pour lesquelles il emploie la dilatation avec ou sans cautérisation : — 1re *série*. Rétrécissements de l'œsophage par suite d'œsophagite aiguë ou chronique, contre lesquels la dilatation a suffi à la guérison. — 2e *série*. Rétrécissements inflammatoires ou non, mais compliqués de brides ou replis en saillie, contre lesquels la dilatation insuffisante a réclamé le concours de la cautérisation. — 3e *série*. Dysphagies sans rétrécissement, cathétérisme employé seulement comme moyen alimentaire et antispasmodique. — 4e *série*. Affection organique incurable, dans laquelle le cathétérisme, modérément dilatateur, a été surtout pratiqué comme moyen alimentaire.

— *Rétrécissement de l'œsophage. — Deux ulcérations perforantes communiquant, l'une avec la trachée-artère, l'autre avec la bronche gauche*, par M. Duriau (Bulletin de la Société anatomique, p. 309, 1857).

— *Des corps étrangers dans l'œsophage*, par M. V. Simon (Thèse inaug. de Strasbourg).

— *Observations de corps étrangers et de substances alimentaires arrêtées dans l'œsophage*, par M. Trudeau (Moniteur des hôpitaux, p. 265). — Quelques observations : l'auteur insiste surtout sur l'asphyxie ; dans un cas dont il a été témoin, l'asphyxie était arrivée, parce que le corps étranger, dans des efforts de vomissement, était venu se placer à l'orifice supérieur des voies aériennes.

— *Polypes de l'œsophage*, par M. Middeldorff (Archives générales de médecine, octobre, p. 481). — Monographie des polypes de l'œsophage, écrite à l'occasion de l'observation suivante : Polype de l'œsophage (tumeur fibreuse, vasculaire et garnie de papilles), implanté près du larynx et descendant jusqu'aux environs du cardia ; accidents datant de deux ans. Diagnostic assuré par l'apparition du polype dans la bouche, pendant le vomissement. Ligature et ablation de la tumeur dans une étendue de 3 pouces ; chute de la ligature le dix-huitième jour. Guérison qui ne s'est pas démentie depuis cinq ans.

— *Opération de gastrostomie*, par MM. Habersohn et Forster (Archives générales de médecine, décembre, p. 726). — Cette opération a été faite dans un cas de cancer épithélial de l'œsophage ; le malade est mort quarante-quatre heures après avoir été opéré.

— *Hypertrophie de l'épiploon*, par M. H. Favre (le Progrès, t. Ier, p. 389). — L'auteur insiste surtout sur le diagnostic qui fut fait au moyen du plessimétrisme.

— *Kyste hématique du grand épiploon*, par M. E. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 30).

— *Mémoire sur un cas de division congénitale du tube diges-*

tif, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 237).— La division existait à la fin de l'intestin grêle, qui se terminait subitement en ampoule, et était séparé du gros intestin par un espace d'un travers de doigt; il était relié à l'appendice iléo-cœcal par un tissu cellulaire mince et transparent, qui n'était autre chose qu'un mésentère. — Rareté d'une pareille lésion. — Rapport intéressant de M. Trélat, qui regarde ce cas comme un exemple d'arrêt de développement.

— *Calcul biliaire s'échappant par les parois abdominales*, par M. Mackinder (Union médicale, p. 340). — Abcès dans la région iliaque droite; issue spontanée d'un gros calcul biliaire. — Guérison rapide.

— *Communication établie entre les parois de l'abdomen et l'intérieur de l'estomac, résultant d'une ulcération déterminée par une pression extérieure* (Med. Times et Revue étrangère, p. 24).

— *Obstruction intestinale causée par une masse squirrheuse dans le bassin. — Ouverture du côlon dans l'aine. — Rétablissement*, par M. Adams; revue par M. Verneuil (Medic. Times and Gaz., 1857, p. 659, et Gazette hebdomadaire, p. 24).

— *Large fistule ombilicale communiquant avec le côlon. — Opération.—Occlusion partielle*, par M. Forster (Med. Times and Gaz., et Revue étrangère, p. 71).

— *Des dépôts sanguins et purulents du foie, ouverts dans les voies digestives*, par M. Fauconneau-Dufresne (Union médicale, p. 362). — Deux observations recueillies par l'auteur; citation de quelques faits analogues.

— *Abcès hépatique. — Adhérences entre le foie et les parois abdominales.—Tumeur devenue saillante à l'extérieur. — Ecoulement du pus par une ouverture externe. — Rétablissement*, par M. Graham (Med. Times et Revue étrangère, p. 44).

— *Abcès du foie*, par M. Gueniot (Bulletin de la Société anatomique, p. 223). — Abcès survenu à la suite de traumatisme.

— *De la chute du rectum*, par M. Loiselot (Thèse de Paris, nº 133).

— *Cancer du rectum chez un jeune homme*, par M. Binard (Arch. belg. de méd. mil. et Gazette hebdomadaire, p. 463). — Vingt et un ans; cancer développé à quatre pouces de l'anus.

— *Perforation du rectum sans cause appréciable.— Péritonite rapidement mortelle*, par M. Legroux (Union médicale, p. 167).

— *Ablation d'un cancer annulaire du rectum, par la méthode de l'écrasement linéaire*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 249).

—*Imperforation de l'anus.—Terminaison du côlon descendant dans la vessie. — Première opération pratiquée sur le périnée. — Plus tard, création d'un anus artificiel, par la méthode d'A-*

mussat, par Ayres (The New-York Journ. of medic. et Gazette médicale, Paris, p. 162). — L'opération fut d'abord entreprise au périnée; l'opérateur, ne trouvant pas l'intestin, s'aperçut que des gaz sortaient par l'urètre; il en conclut que l'intestin communiquait avec la vessie; introduisant alors une sonde cannelée dans l'urètre, il incisa le périnée sur elle, arriva dans la vessie et réunit ensuite l'une à l'autre les deux plaies principales; issue des matières. Cet anus s'oblitéra avec une grande facilité, et les matières fécales ayant de nouveau passé par l'urètre, le chirurgien établit un anus lombaire; succès de l'opération; mort quelque temps après d'une autre affection.

— *De l'atrésie du rectum*, par M. Bérend (Moniteur des hôpitaux, p. 84). — Résumé de trois observations; les enfants opérés par différents procédés sont tous morts.

— *Sur quelques maladies de l'anus*, par M. Robert (Union médicale, p. 594). — Leçon de M. Robert sur un cas de fistule borgne interne, et sur un cas de fissure à l'anus, affection contre laquelle M. Robert emploie la dilatation, qui lui donne des succès constants.

— *Nombreux trajets fistuleux à la marge de l'anus, au périnée et dans les bourses.—Vaste décollement.—Engorgement celluleux considérable. — Suppuration abondante. — Incision et cautérisation des trajets fistuleux.—Enlèvement de nombreuses callosités*, par M. Van Roeg (Revue étrangère, p. 14).

— *Observation de fissure à l'anus réfractaire aux moyens de traitement habituels*, par M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 373). — Pour cet éminent observateur, il y a des fissures qui guérissent facilement par la dilatation ou l'incision; mais il en est d'autres qui résistent aux différentes méthodes de traitement employées, ou qui guérissent pour récidiver rapidement. M. Gosselin pense que l'on doit, dans ces cas, agir comme dans une observation qui est rapportée, et dans laquelle, après avoir échoué, on n'avait réussi qu'imparfaitement avec la dilatation forcée seule, la dilatation forcée suivie d'incision, l'incision seule, les petites mèches enduites d'onguent de la mère; il a fini par obtenir la guérison presque complète avec la dilatation modérée, répétée tous les jours.

— *Fissure à l'anus*, par M. Perrin (Union médicale, p. 59). — Guérison par la dilatation instantanée.

— *Fistule à l'anus*, par M. Perrin (Union médicale, p. 59). — Fistule à l'anus; trois injections de teinture d'iode pratiquées à quatre jours de distance. — Guérison.

— *Fistules anales, urétro-périnéales et urétro-rectales*, par M. Gérin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 210).

— *Leçons sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par la*

méthode de l'écrasement linéaire, par M. Chassaignac (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8°, 155 pages).

— *Texture variqueuse des hémorrhoïdes*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 512). — Une tumeur hémorrhoïdale, enlevée par écrasement linéaire, paraît essentiellement constituée par des veines variqueuses circulairement entrelacées, et offrant des ampoules multipliées, dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz jusqu'à celui d'une aveline.

— *Note sur deux cas de tumeurs hémorrhoïdales guéries par l'emploi de la ligature*, par M. Regnault (Bulletin de thérapeutique, p. 262).

— *Kystes multiples de la paroi abdominale*, par M. Deguise (Gazette des hôpitaux, p. 216).

— *Hémorrhagie intestinale consécutive, et due à la présence d'une ulcération dans le cours d'une fièvre typhoïde*, par M. Dupuis (Gazette médicale, p. 225).

— *Siége de la hernie congénitale* (Gazette des hôpitaux, p. 180). — Discussion; la hernie congénitale se trouve rarement dans la tunique vaginale ; le plus souvent, elle a un sac distinct.

— *Etudes sur l'oblitération du sac herniaire, et sur l'obturation de l'ouverture abdominale par le bouchon épiploïque comme moyens de guérison radicale des hernies.—Effets du débridement de la hernie, par rapport à la curabilité de cette infirmité*, par M. Goyrand (Gazette médicale de Paris, p. 118). — L'auteur rapporte quatre observations, prises entre beaucoup d'autres, qu'il possède; il en conclut : 1° que l'oblitération du sac n'amène pas la guérison radicale des hernies, d'où le rejet des injections irritantes dans le sac, de la suture et de l'acupuncture pratiquées sur le collet de cette poche, etc. ; — 2° qu'on ne doit, en aucune manière, compter sur le bouchon organique formé par l'épiploon, pour amener la guérison radicale des hernies ; — 3° que le débridement d'une hernie rend cette infirmité absolument incurable, alors même que cette opération est pratiquée à une époque de la vie où les hernies sont très-susceptibles de guérison radicale, par le seul fait du développement du sujet.

— *Nouveau bandage herniaire*, par M. Dupré (Gazette des hôpitaux, p. 416). — V. l'*Annuaire*, t. I, p. 229.

— *Bandages herniaires*, par M. Féron (Gazette des hôpitaux, p. 24). — Rapport de M. Follin, qui regarde ce bandage comme excellent contre certaines hernies volumineuses.

— *Obstruction intestinale. — Ponction de l'intestin. — Guérison*, par M. Cooper (Brit. med. Journal et Gazette hebdomadaire, p. 693).

— *Hernie étranglée.—Opération.—Persistance des signes d'étranglement. — Singulier moyen de guérison* (Gazette hebdomadaire, p. 90). — Opération de hernie étranglée; les signes d'é-

tranglement persistant, on diagnostique une invagination de l'intestin ; on injecte de l'eau dans l'anus, puis de l'acide tartrique et du bicarbonate de soude (eau de Seltz). — Douleurs atroces éprouvées par le patient ; guérison.

—*Incarcération des hernies abdominales*, par M. Beck (Gazette médicale, p. 631). — L'auteur s'occupe des causes qui peuvent produire des hernies, soit par des spasmes, soit par inflammation ou par rétention des matières fécales, et il arrive à cette conclusion qu'il n'existe que des hernies traumatiques et stercorales. Ces dernières sont toujours favorisées par un certain état spasmodique de l'intestin.

— *Hernie épiploïque probablement fort ancienne*, par M. Michou (Bulletin de la Société anatomique, p. 2). — Dissection d'une pièce anatomique.

— *Observation de hernie ischiatique*, par M. Van Dommalen (Gazette médicale, p. 215). — Cette hernie est très-volumineuse; elle ne gêne aucune des fonctions des organes abdominaux.

— *Observation de hernie ischiatique*, par M. Boys de Loury (Gazette hebdomadaire, p. 875). — Différents accidents attribués d'abord à une affection de l'utérus ; la hernie est réductible ; tous les inconvénients ont disparu avec un bandage approprié.

— *Hernie de la région lombaire*, par M. Colles (Gazette médicale, p. 663).

— *Hernie dans la grande lèvre*, par M. Dreyfus (Union médicale, p. 56). — Une jeune femme se présente avec une vive douleur dans la grande lèvre, elle croit avoir un abcès. M. Dreyfus reconnaît une hernie, qu'il réduit immédiatement.

— *Hernie par écartement de la ligne blanche*, par M. Maurel (Gazette des hôpitaux, p. 572). — Note sur l'efficacité des appareils élastiques de M. Bourjeaurd, dans les hernies de la ligne blanche.

— *Hernie ombilicale enflammée, gangrénée. — Abcès stercoral. — Anus contre nature. — Mort*, par M. J. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 69).

— *De l'étranglement dans les hernies abdominales* (*symptômes et diagnostic*), par M. Gautier (Thèses de Paris, n° 9).

— *Du mode d'action des muscles dans l'étranglement herniaire, et de l'emploi du chloroforme et de la syncope, comme adjuvants du taxis*, par M. Bertholle (Thèses de Paris, n° 61). — Ce travail intéressant se trouve ainsi résumé : — 1° Le chloroforme facilite la réduction des hernies étranglées, non pas en abolissant la contraction de la paroi abdominale, mais en supprimant la volonté et la sensibilité, et conséquemment l'effort volontaire et l'effort involontaire, par action réflexe. La syncope agit de la même façon ; mais elle est plus puissante, parce qu'elle abolit en outre la contractilité et la tonicité des muscles du ven-

tre. — 2° Le chloroforme et la syncope mettent le malade dans les meilleures conditions possibles pour le succès du taxis. — 3° Donc, lorsque le chirurgien aura employé un de ces deux moyens, il devra se persuader qu'il n'obtiendra la réduction d'aucune autre façon et ne pas hésiter à pratiquer la kélotomie.

— *De la cautérisation de l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée, comparée aux autres méthodes.—Réduction, excision, ligature, abandon dans la plaie*, par M. Vissaguet (Thèses de Paris, n° 212).

— *Etude sur l'étranglement herniaire, au point de vue du traitement des hernies inguinale et crurale*, par M. Dedieu (Thèses de Paris, n° 164).

— *Hernie inguinale étranglée*, par M. Paul (Bulletin de la Société anatomique, p. 262). — Cette observation est intéressante, parce que c'était une hernie inguinale chez une femme; parce qu'elle s'est étranglée deux fois, et que deux fois elle a été opérée, à dix-huit ans d'intervalle; parce qu'elle était interstitielle et à la fois directe; enfin, parce que l'artère épigastrique a été blessée pendant l'opération, sans qu'il en soit résulté une hémorrhagie.

— *Hernie inguinale étranglée*, par M. Levenne (Gazette des hôpitaux, p. 360). — Opération; mort très-rapide. L'intestin était en contact avec le testicule; c'était donc une hernie congénitale.

— *Hernie inguinale étranglée*, par M. Perrin (Bulletin de la Société anatomique, p. 16, et Union médicale, p. 131). — Hernie inguinale gauche étranglée par le collet du sac; réduction; hernie intra-inguinale consécutive, étranglée au niveau de l'anneau interne; mort.

— *Hernie étranglée par la présence du testicule dans la région inguinale*, par M. Borelli (Gazette médicale, p. 407).

— *Hernie inguinale de l'S iliaque*, par M. Jaccoud (Bulletin de la Société anatomique, p. 200). — Hernie étranglée; opération; mort par péritonite suraiguë; l'intestin s'était perforé au moment de la réduction.

— *Hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat*, par E. Legendre (Soc. de biol. et Gazette médicale de Paris, p. 200). — Description d'une pièce d'anatomie pathologique. La hernie se faisait à travers les fibres du ligament de Gimbernat; au point de vue de l'opération, cette espèce de hernie ne diffère en rien de la hernie crurale ordinaire.

— *Hernie crurale étranglée; sac à deux collets superposés*, par M. Richet (Gazette des hôpitaux, p. 132).

— *Entéro-épiplocèle inguinale étranglée.—Disposition remarquable de l'S iliaque et du côlon transverse autour du collet*, par M. Huguier (Gazette des hôpitaux, p. 132).

— *Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue au dehors de l'intestin blessé.—Suture par le procédé de Lembert.—Guérison*,

par M. Mac Elrath (The New-Orleans med. and surg. Journal et Gazette hebdomadaire, p. 517).

— *Hernie etranglée réduite par le débridement sous-cutané et extra-péritonéal*, par M. Palamidessi (Gazette médicale, p. 391).

— *Hernie crurale étranglée.— Opération.— Mort.— Autopsie*, par M. Jaccoud (Gazette des hôpitaux, p. 514).

—*Des bons effets de l'emploi de la belladone et des lavements de tabac dans les hernies étranglées*, par M. Cavayé (Gazette des hôpitaux, p. 78). — Une observation à l'appui de l'efficacité de la belladone et du tabac.

— *Hernie étranglée par le collet du sac*, par M. Jobert (le Progrès, t. Ier, p. 541). — Une observation.

— *Influence du café contre l'étranglement herniaire*, par M. Barascut (Gazette des hôpitaux, p. 107). — Une observation ; la hernie n'a pu être réduite qu'après l'administration de trois tasses de café, auxquelles l'auteur attribue son succès.

— *De l'emploi de la strychnine contre la hernie étranglée*, par M. Garcia Lopez (Gazette des hôpitaux, p. 131). — Dans un cas de hernie étranglée, M. Lopez a fait administrer 25 milligrammes de strychnine dans 250 grammes d'eau en lavements. La malade a éprouvé de légers symptômes d'intoxication, et la hernie a été réduite sans difficulté.

—*Observation d'une hernie étranglée réduite par une douche froide*, par M. Reynaud (Gazette des hôpitaux, p. 594).

— *De l'hémorrhagie comme accident du debridement des hernies crurales*, par M. Cadge (Archives générales de médecine, novembre, p. 619). — L'auteur rapporte deux observations de blessures d'artères volumineuses, dans des opérations de hernies crurales ; dans les deux cas, la ligature du vaisseau a conjuré le danger.

—*Enorme éventration consécutive à une contusion de la paroi abdominale sans plaie extérieure*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 271).

— *Observations à l'appui du traitement par l'opium à hautes doses, dans les plaies intéressant le péritoine et les intestins*, par M. Thorp (Gazette médicale, p. 643).

— *Plaie pénétrante de l'abdomen.— Hernie de l'épiploon*, par M. Michel (Gazette des hôpitaux, p. 207).

— *Application de l'entérotome dans un cas de plaie profonde, longeant le rectum.— Guérison*, par M. Vallet (Gazette des hôpitaux, p. 113).

— *Corps étranger dans les fosses nasales*, par M. Legouest (Gazette des hôpitaux, p. 108). — M. Legouest a retiré des fosses nasales le fragment d'un gros crayon, qui avait perforé la cloison ; la cicatrisation de la blessure s'était faite rapidement. On cite quelques cas analogues.

— *Calcul des fosses nasales*, par M. Rouyer (Bulletin de la So-

ciété anatomique, p. 3). — Un malade avait depuis deux ans un écoulement purulent par les fosses nasales; on constate la présence d'un corps dur, qui fut pris pour un fragment d'os nécrosé. Le traitement antisyphilitique ayant échoué, M. Nélaton a diagnostiqué des calculs; il les a facilement enlevés avec une pince à polypes; les fragments réunis ont le volume d'une noix; ils sont composés de phosphate de chaux.

— *Calcul dans les cavités nasales*, par M. Nendœrfer (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 557). — Enfant de cinq ans; l'entrée de l'air était gênée; inflammation de la muqueuse. Extraction facile du calcul avec une pince à polype; volume d'une fève; pas de noyau au centre; aspect jaunâtre.

— *Exostose éburnée des fosses nasales*, par M. Paul (Bulletin de la Société anatomique, p. 107). — Elle s'étendait jusque dans l'orbite; elle a été enlevée; le malade a guéri avec la conservation des fonctions de l'œil.

— *Polype des fosses nasales*, par M. Devalz (Bulletin de la Société anatomique, p. 279, 1857). — Une partie de ce polype, noirâtre et mortifiée, était étranglée sous l'influence de la contraction de la narine. — M. Manec l'a extrait au moyen d'un tampon passé dans l'arrière-bouche, et ramené à travers les fosses nasales.

— *Polype par hypertrophie de la fosse nasale droite. — Arrachement après incision préalable de la narine*, par M. L. Labbé (Moniteur des hôpitaux, p. 275).

— *Nouvel instrument pour l'ablation des polypes des fosses nasales*, par M. Grant (Gazette médicale de Lyon, p. 401).—L'auteur se sert d'une nouvelle pince, destinée à saisir et à couper en même temps. Des deux bords de chaque mors, l'un est construit et agit comme les ciseaux; l'autre, large et rugueux, fait l'office de la pince ordinaire. — L'opération est plus facile, moins douloureuse, et ne provoque pas d'hémorrhagie.

— *Des polypes naso-pharyngiens*, par M. Jobert de Lamballe (Gazette des hôpitaux, p. 337). — Le professeur fait une leçon sur ce sujet, à propos d'une malade de son service : il passe en revue les polypes que l'on trouve dans le pharynx; il reconnaît que les polypes fibreux sont les plus fréquents; il propose, pour leur insertion, la division suivante : 1° polypes qui s'insèrent au-devant de la colonne vertébrale; 2° polypes qui s'insèrent à l'extrémité postérieure du palais ou de la cloison des fosses nasales; 3° polypes qui s'insèrent à l'apophyse basilaire, au rocher, etc. — Après avoir fait la critique des procédés qui entraînent une grande mutilation pour mettre la tumeur à découvert, M. Jobert décrit ainsi l'opération qu'il va pratiquer, et qu'il pratique habituellement dans les cas semblables : — 1° Faire une incision de bas en haut, commençant à la base des piliers du voile

du palais, que l'on détache suffisamment, et se terminant assez haut dans l'épaisseur du voile ; — 2° Les piliers étant ainsi détachés, saisir avec une pince de Museux le voile du palais qu'on relève à volonté ; — 3° Prendre la tumeur avec des pinces de Museux, que le chirurgien tient lui-même pendant le cours de l'opération ; — 4° Détacher le pédicule du polype avec un bistouri courbe ; — 5° Cautériser les restes du pédicule avec le fer rouge.

—*Des larves de diptères développées dans les sinus frontaux et les fosses nasales de l'homme, à Cayenne*, par M. Coquerel (Archives générales de médecine, mai, p. 513, et Gazette médicale, p. 430). — A Cayenne, le développement de diptères dans les sinus frontaux n'est pas rare; presque toujours les accidents qu'elles déterminent sont les suivants : — au début, léger fourmillement qui éveille à peine l'attention du malade; au bout d'un ou deux jours, céphalalgie de plus en plus vive, gonflement œdémateux de la région nasale, se propageant plus ou moins loin à la face; épistaxis abondante; douleur sus-orbitaire très-vive, que les malades comparent à des coups appliqués avec une barre de fer; issue d'un certain nombre de larves par des ulcérations qui se produisent sur le nez; symptômes généraux indiquant une vive réaction inflammatoire; mort, par suite de méningite ou d'érysipèle de la face et du cuir chevelu; dans le cas de guérison, perte plus ou moins complète du nez. — Les injections liquides pénètrent dificilement jusqu'au fond des sinus frontaux (l'auteur ne parle pas des vapeurs toxiques). Quand les insectes sont morts, leur putréfaction devient la cause de nouveaux accidents. La trépanation des sinus est indiquée. — La mouche de Cayenne doit constituer une espèce nouvelle, dont M. Coquerel donne la description, sous le nom de *lucilia hominivorax*.

—*De la suture à préférer pour la staphyloraphie*, par M. Fergusson (Gazette médicale de Lyon, p. 487). — Ce grand chirurgien donne la préférence aux fils métalliques, qui coupent moins les tissus que les fils de soie.

— *Sur le spéculum laryngien*, par M. Czermark (Wiener mediz et Gazette hebdomadaire, p. 391). — Le spéculum laryngien est un miroir que l'on porte dans la cavité buccale, et auquel on donne une inclinaison convenable. Cet instrument est utile dans quelques cas; les difficultés de son emploi viennent surtout du malade, qui doit s'habituer à la présence d'un corps étranger.

Tubage du larynx fait avec succès dans un cas d'asphyxie chez un nouveau-né, par M. Delfrayssé (Gazette des hôpitaux, p. 543).

— *Asphyxie par un bol alimentaire introduit dans les voies aériennes*, par M. Trudeau (Gazette des hôpitaux, p. 120).

— *Blessure grave du larynx*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 341). — Il s'agit d'une blessure grave du larynx,

datant de seize ans, ayant amené une atrésie de cet organe compatible avec la vie. Il est survenu une laryngite aiguë, qui a nécessité la trachéotomie. — Succès.

— *Trachéotomie dans le cancer du larynx* (Revue étrangère, p. 87). On doit pratiquer la trachéotomie, même quand le cancer est bien évident. — Une observation, dans laquelle il n'est pas certain que le malade eût réellement une affection cancéreuse.

— *Des corps étrangers dans les voies respiratoires*, par M. Opitz de Chemnitz (Schmidt's Yahrbücher).— Les recherches de l'auteur portent sur 212 cas, qui ont été publiés dans une période d'environ deux cents ans, et qui commence à Fabricius d'Aquapendente. Ces observations, même les plus anciennes, fournissent quelques documents intéressants pour la statistique, à cause des nombreux points de vue sous lesquels ils ont été examinés par M. Opitz.— Nous donnerons quelques-uns des résultats obtenus par l'auteur. — Sur 212 cas, 112 appartiennent à l'enfance, 42 à l'âge adulte; 58 restent indéterminés. — 119 ont été suivis de guérison, 71, de mort, et 22 restent indéterminés : ce qui donne une mortalité considérable, soit, sur 19 cas, 7 morts et 12 guérisons. — La mortalité est de beaucoup plus fréquente dans les premiers jours de l'accident. Plus tard, il s'établit une sorte de tolérance quand le corps étranger est descendu dans la trachée; et ce n'est plus par semaines, mais par mois et même par années, que l'on compte la durée de leur séjour dans les voies aériennes. — L'influence heureuse du traitement est des mieux accusées, ainsi : —Sur 96 cas d'opération, on trouve 74 guérisons et 22 morts; sur 94 cas d'expectation, 45 guérisons et 49 morts. C'est-à-dire que la mortalité est diminuée de moitié par la trachéotomie. — Enfin, nous rappellerons l'importance d'une opération rapidement décidée, les chances de mortalité à la suite de l'opération croissant avec les retards apportés par le chirurgien. — L'auteur termine son travail par un tableau des opérations considérées au point de vue du lieu d'élection. Nous le donnons ici : — 28 opérations au-dessus de la glande thyroïde (20 succès, 7 insuccès, 1 cas douteux); — 8 opérations au-dessous de la glande (8 succès); — 9 laryngotomies au-dessous de la glande, (7 succès et 2 revers).

— *Corps étrangers dans les voies aériennes.— Trachéotomie. — Guérison*, par M. Haughton (The Cinc. medic. Observ., 1857, p. 494, et Gazette hebdomadaire, p. 54).

— *Corps étranger dans le larynx.—Trachéotomie*, par M. Wheelhouse (Assoc. med. Journ., et Gazette médicale de Paris, p. 102). — Dans les deux cas, noyau de prune ; un succès et un insuccès ; dans ce dernier cas, on suppose que la trachéotomie, pratiquée trop tard, n'a pu empêcher l'asphyxie, déjà trop avancée.

— *Corps étranger dans la trachée chez un jeune enfant.—Ex-*

pulsion spontanée, par M. Carville (Gazette des hôpitaux, p. 530). — Haricot dans la trachée ; opération. Au moment où la trachée venait d'être ouverte, l'enfant fait un puissant effort d'expulsion et le haricot est rejeté par la bouche.

— *Périchondrite laryngée ayant nécessité la trachéotomie*, par M. Cornaz (Echo médical suisse, n°s 11 et 12, Gazette hebdomadaire, p. 831).

— *Nouveau ténaculum dilatateur pour la trachéotomie*, par M. Langenbeek (Académie de médecine, 19 octobre). — C'est un ténaculum à deux branches, dont chacune, représentant la forme du ténaculum ordinaire, est introduite dans la trachée mise à découvert. On incise de bas en haut entre les branches écartées du ténaculum, qui dirigent ainsi le bistouri ; on tient forcément l'arbre aérien suivant une ligne parallèle aux deux branches engagées et écartées du ténaculum.

— *Rupture de la trachée-artère par une chute*, par M. Atlee (Amer. Journ. of the med. Sciences, et Archives générales de médecine, mai, p. 612). — Enfant de quatre ans ; chute sur un corps saillant ; pas de plaie au cou ; l'enfant respire bien pendant quelques minutes, puis, ayant renversé la tête en arrière, il expire tout à coup, avec un emphysème considérable. — Pas d'autopsie ; l'auteur pense que l'emphysème est survenu lorsque les deux bords de la solution de continuité de la trachée n'ont plus été en contact.

— *Kyste de la région sus-hyoïdienne*, par M. Chassaignac (Bulletin de la Société anatomique, p. 274). — C'était un kyste sébacé ; après l'avoir vidé, M. Chassaignac l'a arraché en totalité avec des pinces.

— *Sur les injections d'iode dans les kystes de la glande thyroïde*, par M. Schuh (Osterreich. Zeitsch., et Gazette hebdomadaire, p. 127). — L'auteur a employé avec succès les injections de teinture d'iode, dans les kystes du corps thyroïde.

— *Extirpation d'un goître en partie osseux, et formé aux dépens de l'isthme et du lobe droit du corps thyroïde*, par M. Toland (Moniteur des hôpitaux, p. 436).

— *Sur la prétendue pneumonie fibrineuse*, par M. Gubler (Union médicale, p. 166). — M. Gubler, en montrant des concrétions arborescentes, dichotomiquement ramifiées, qu'il a retirées des crachats dans plusieurs pneumonies lobaires, dit que l'existence d'une pneumonie fibrineuse est loin d'être démontrée, puisque les concrétions qui seraient caractéristiques de cette espèce de pneumonie se retrouvent dans toutes les pneumonies franches, lobaires.

— *Plaie de poitrine par arme à feu*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 416). — Coup de pistolet dans la région du cœur ; pas d'hémorrhagie par la plaie, ni d'hémoptysie ; ré-

traction du testicule gauche ; mort le cinquième jour. La balle était entrée dans le péricarde, avait déchiré la pointe du cœur, sans intéresser sa cavité, puis glissant sur le diaphragme, entre le poumon et la plèvre, elle était venue se loger dans le onzième espace intercostal. Le malade a succombé à une péricardite.

— *Du mécanisme de la respiration. — Quelques mots sur les plaies de poitrine, sur les causes de l'emphysème et sur celles du pneumocèle,* par M. Gobil (Thèses de Paris, n° 10). — L'exposition de ces différents sujets est faite avec une grande clarté ; l'auteur n'a rien ajouté à ce qui est généralement connu.

— *De la cyanose dépendant de la perforation de la cloison interventriculaire du cœur,* par M. Le Page (Thèses de Paris, n° 51).

— *Essai sur la léthalité des plaies pénétrantes du cœur,* par M. Gérard (Thèse inaug. de Strasbourg).

— *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères, après leur ligature,* par M. Gayet (Thèses de Paris, n° 191). — Travail sérieux ; conclusions : — 1° Les artères, après avoir été coupées par une ligature, cicatrisent par première ou par seconde intention. — 2° Le premier mode est de beaucoup le plus favorable, et l'on doit faire ce que l'on peut pour le provoquer. — 3° On atteindra ou du moins on se rapprochera de ce but en se gardant soigneusement de violenter l'artère ; par conséquent on devra éviter les tiraillements, l'application de plusieurs fils, l'introduction dans la plaie de corps étrangers, etc. — 4° La dénudation de l'artère étant une cause manifeste de sphacèle de ces extrémités, il faut autant que possible éviter d'y recourir, et lier par-dessus la gaîne, toutes les fois que la nécessité d'éviter un organe voisin du vaisseau ne fait pas une loi de cette opération. — 5° Il ne faut jamais couper les fils au ras du nœud, parce que l'anse s'enkystera tout entière, et agira alors dans le foyer où elle sera enfermée comme corps étranger et provoquera des abcès dangereux. — 6° Il est inutile de se préoccuper, autant qu'on l'a fait jusqu'ici, de fuir le voisinage des collatérales, puisque la formation d'un caillot n'est pas toujours utile. Nous ajouterons même (mais ceci nous le disons avec réserve, nous promettant de nous éclairer encore par l'expérience) que peut-être faudra-t-il se rapprocher autant que possible de ces vaisseaux ; on éviterait par là la formation de concrétions qui ne sont pas toujours sans danger pour les parois. — 7° Lorsque la ligature est tombée, et que la plaie suppure longtemps, exhalant une odeur carieuse, on doit se défier, parce que les bouts sont sphacélés, et le vaisseau probablement béant au fond de la plaie ; et, dans ce cas, l'hémorrhagie n'est empêchée que par un caillot adhérent.

— *Mémoire sur quelques points de la cicatrisation en général,*

et sur celle des artères en particulier, par MM. Ollier et Robin (Gazette médicale, p. 528). — Ce travail, par ses conclusions, se rapproche beaucoup du précédent.

— *Altération singulière du système vasculaire du membre thoracique (anévrisme artérioso-veineux?) sans cause traumatique connue ou appréciable*, par M. Delasiauve (Gazette des hôpitaux, p. 390).

— *Oblitération de l'aorte*, par M. Jordan (Gazette médicale, p. 223). — L'oblitération siégeait un peu au-dessous du canal artériel. Le rétablissement du cours du sang s'opérait par plusieurs artères intercostales et par la mammaire interne dilatées.

— *Observation de gangrène du pied par oblitération des artères tibiale postérieure et péronière*, par M. Schutzenberger (Gazette médicale de Strasbourg, juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 692).

— *Embolie et ramollissement cérébral*, par M. Trousseau (Union médicale, p. 33). — Exemple d'une femme morte d'une affection cérébrale; à l'autopsie, on a trouvé une embolie dans les artères qui se rendaient au lobe dans lequel était le ramollissement.

— *Gangrène de la jambe. — Amputation dans le lieu d'élection*, par M. Larrey (Gazette des Hôpitaux, p. 603).

— *Sur la gangrène du pied attribuée à des caillots détachés du cœur, dans les cas d'hypertrophie de cet organe*, par M. Pioche (Gazette médicale de Lyon, p. 455). — L'auteur rapporte un cas de gangrène qu'il attribue à un caillot qui, détaché du cœur, est allé oblitérer l'artère du membre gangréné.

— *Gangrène spontanée à la suite d'artérite. — Causes de la coagulation du sang dans les maladies des vaisseaux sanguins*, par M. Lister (Edimb. med. Journ. et Revue étrangère, p. 105). — L'artérite était bien caractérisée; la gangrène bien limitée, on a fait l'amputation de la cuisse. — Guérison. — Le sang se coagule dans les vaisseaux toutes les fois que ceux-ci ont perdu leur vitalité.

— *Gangrène sénile*, par M. Lancereaux (Bulletin de la Société anatomique, p. 206). — Une observation.

— *Gangrène à la suite d'une artérite*, par M. Rouyer (le Progrès, t. II, p. 192).

— *Gangrène du pied droit par arrêt de la circulation dans les artères tibiale postérieure et péronière* (Gazette des hôpitaux, p. 426).

— *Gangrène du membre supérieur par coagulation fibreuse dans le cœur droit, au début d'une fièvre typhoïde*, par M. Worms (Gazette des hôpitaux, p. 454).

—*Gangrène sèche du membre inférieur.*—*Elimination naturelle du membre sphacélé.*—*Cicatrisation régulière du moignon*, par M. Larbès (Gazette des hôpitaux, p. 191).

— *Gangrène de la main*, par M. Bauchet (Gazette des hôpitaux, p. 463). — Homme de trente-huit ans ; cordon sur le trajet de l'artère humérale ; absence de battements dans la radiale et la cubitale ; douleurs intolérables. La gangrène a envahi deux doigts et gagné l'articulation radio-carpienne. M. Bauchet se demande s'il faut opérer ou s'il faut attendre que la gangrène soit limitée ; il pose la question, surtout pour savoir quelle conduite il aurait à tenir dans le cas où les forces du malade diminueraient considérablement.

— *Artérite ossifiante de toutes les artères, chez un vieillard de soixante-dix ans, mort après avoir présenté, à plusieurs reprises, des accidents de gangrène sénile, et après avoir subi l'amputation du pied*, par M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 356, 1857).

— *Gangrène simultanée des deux pieds.*—*Nécrose consécutive des os de chaque jambe.* — *Double amputation au tiers moyen*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 79).

— *Anévrisme traumatique de l'arcade palmaire superficielle, guéri par la compression digitale*, par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 500). — Compression intermittente de l'humérale ; les deux premiers jours, pendant quatre heures (2 le matin et 2 le soir ; le troisième jour, six heures ; le quatrième, huit heures ; le cinquième, dix heures. — Guérison dès le soir du cinquième jour.

— *De la gangrène spontanée et des indications chirurgicales dans les cas de sphacèle des membres*, par M. Trudeau (Académie de médecine, 8 octobre). — Ce travail a pour base quatre observations dans deux desquelles l'amputation a été pratiquée avec succès, une fois à la cuisse et une fois à la jambe, au lieu d'élection. Les deux autres malades sont morts sans avoir été opérés, par suite des maladies qui contre-indiquaient l'opération. L'auteur croit pouvoir tirer, de ces faits et de ceux qu'il a relevés dans les recueils périodiques depuis 1830, les conclusions suivantes : — 1° L'artérite est une des causes les plus fréquentes de la gangrène spontanée. — 2° Elle peut être traitée avantageusement au début par les émollients, les antiphlogistiques et l'opium. — 3° Dans le cas de sphacèle des membres, l'attente de l'élimination spontanée augmente et prolonge les dangers du malade. — 4° Elle l'expose aux chances défavorables d'une opération consécutive. — 5° L'amputation faite en temps opportun abrége ses souffrances et diminue les dangers de sa position. — 6° Elle est une ressource extrême, mais souvent précieuse et indispensable, quand il n'existe pas de contre-indication. — 7° La théorie embolique

peut trouver son application dans quelques cas d'affection chronique du cœur et des gros vaisseaux à sang rouge.

— *Perforation de l'artère et de la veine poplitées, par une exostose pointue du fémur.—Epanchement considérable de sang et de pus.—Amputation.—Guérison*, par H. Boling (North. amer. med. chirurg. Review, 1857, p. 608, et Gazette hebdomadaire, p. 626).

— *De la compression indirecte dans le traitement des anévrismes, et en particulier de la compression digitale*, par M. Follin (Archives générales de médecine, juin, p. 725). — La lecture de ce remarquable article est très-instructive. M. Follin analyse les observations, publiées jusqu'à ce jour, d'anévrismes traités par la compression mécanique et digitale ; après avoir constaté les succès obtenus par la méthode de compression, il compare entre eux les procédés de la compression mécanique et de la compression digitale : cette dernière a donné de beaux exemples de guérison, mais elle ne doit pas faire oublier la première, parce qu'elle a une certaine tendance à produire des caillots passifs, mode d'oblitération moins avantagenx que l'oblitération par des caillots actifs. La compression mécanique a des avantages réels, qui seront d'autant plus évidents, qu'on perfectionnera davantage les appareils compresseurs.

— *Observation d'anévrisme fémoro-poplité*, par M. Maunoir (Gazette des hôpitaux, p. 495). — Soixante et un ans ; le chirurgien s'aperçoit que les battements et le susurrus cessent quand on fléchit la jambe sur la cuisse ; il conseille au malade un petit appareil, ayant pour effet de tenir le membre dans la flexion ; guérison en dix-huit ou vingt jours.

— *Guérison d'un anévrisme traumatique poplité, par la compression de l'artère fémorale commune*, par M. Scarenzio (Gazette médicale, p. 357).

— *Trois cas d'anévrisme poplité, traités avec succès par la compression* (Union médicale, p. 446). — Ces exemples sont empruntés au Medical Times and Gazette. — Rien de particulier.

— *Traitement des anévrismes par la compression* (The Lancet, août). — Deux nouveaux exemples prouvant l'efficacité de la compression mécanique.

— *Anévrisme guéri par la compression digitale intermittente*, par M. Houzelot (Gazette des hôpitaux, p. 379). — Anévrisme du volume d'une aveline, siégeant sur l'artère radiale, à 3 centimètres de l'articulation radio-carpienne. Le malade a fait lui-même la compression de l'humérale pendant cinq ou six heures par vingt-quatre. La guérison a été obtenue en dix jours.

— *De la main seule employée comme méthode générale dans le traitement des anévrismes externes*, par M. Vanzetti (Académie des sciences, 20 septembre). — L'auteur rapporte sept obser-

vations d'anévrismes guéris par la compression digitale, parmi lesquels deux faits relatifs à des anévrismes intra-orbitaires sont surtout remarquables. C'est sur ces guérisons, obtenues rapidement, sans douleurs, sans accidents, que l'auteur s'appuie pour émettre l'opinion que la compression digitale est appelée à remplacer tous les agents mécaniques, dans le traitement des anévrismes accessibles à ces moyens.

— *Anévrisme de l'artère ophthalmique, guéri par la compression digitale intermittente*, par M. Vanzetti (Archives générales de médecine, décembre, p. 731). — M. Vanzetti a publié une brochure dans laquelle on trouve l'observation précédente, due à M. Scanrazza; on y trouve aussi les observations déjà communiquées à l'Académie des sciences. Voici en résumé les règles de la compression digitale, posées par M. Vanzetti : — Le principe qui domine tout le traitement des anévrismes par la compression digitale est que l'on doit la faire complète et intermittente. — Elle doit être complète, parce que son effet, dans un temps donné, est incomparablement plus grand que celui de la compression incomplète pratiquée pendant un temps égal. — Elle peut être intermittente, parce que, suspendant complétement le cours du sang, elle favorise considérablement la solidification de l'anévrisme, même lorsqu'on ne l'applique qu'à de certains intervalles et pendant un court espace de temps. — Elle doit être intermittente, parce que si on la continuait sans interruption, jusqu'à la solidification complète de l'anévrisme, elle serait douloureuse pour les malades, et d'une exécution très-difficile pour le chirurgien. — Complète et intermittente, elle réussit très-bien encore quand on l'applique à de longs intervalles; on pourra et même on devra la suspendre pendant la nuit, pour ne pas priver le malade de sommeil. — La compression étant faite d'une manière complète, mais intermittente, il n'est pas à craindre que la solidification de l'anévrisme se fasse trop rapidement et par des caillots sanguins, au lieu de se produire par le dépôt successif de couches fibrineuses. — S'il existe de la douleur, de l'œdème, etc., il n'en faudra que plus tôt recourir à la compression digitale et persister dans l'emploi de ce moyen. — L'application locale du froid, pour favoriser la solidification de la tumeur, est certainement inutile, sinon dangereuse.

— *Traitement des anévrismes par la compression digitale*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 183). — L'auteur communique de nouveaux succès obtenus par M. Michaux, et insiste sur les avantages de la compression digitale.

— *De la compression digitale dans le traitement des anévrismes chirurgicaux*, par M. Petiteau (Thèses de Paris, n° 255).

— *Sur le traitement des anévrismes par le massage*, par M. Fergusson (Union médicale p. 30). — Cette expression de *mas-*

sage veut dire une certaine manipulation de l'anévrisme, qui a pour but de déplacer la fibrine qui tapisse l'intérieur du sac, soit en partie, soit en totalité, de manière à oblitérer la lumière de l'artère entre le cœur et la poche anévrismale. — Le professeur rapporte deux observations favorables aux idées physiologiques sur lesquelles repose cette méthode. Dans les deux cas, la tumeur a graduellement diminué de volume, et, chez le second malade, elle a complétement disparu. — (Archives générales de médecine, mars, p. 733, décembre.) — La tumeur qui siégeait à la racine du cou avait diminué de volume et s'était consolidée à la suite de la compression. La malade est morte depuis; l'autopsie, dont le récit est incomplet, a montré que l'artère sous-clavière avait été oblitérée par la compression et que l'anévrisme siégeait dans l'aorte ascendante.

— *Anévrisme de l'innominée traité par la compression de la carotide et de la sous-clavière*, par M. Edwards (Gazette médicale de Lyon, p. 41).

— *Traitement d'un anévrisme de la fémorale, par la manipulation*, par Blackmann (Am. Journ. of the Med. et Archives générales de médecine, avril, p. 484). — Succès ; il doit être attribué à la *compression* plus qu'à la *manipulation.*

— *Compresseur élastique et gradué*, par M. J. Roux (Académie de médecine, Union médicale et Gazette des hôpitaux, p. 487). — Il a un appareil polydactyle pour *point d'appui;* une tige articulée à courbure spéciale pour *armature*, ou bien un arc bifide dans lequel marchent, comme dans un chemin de fer, une ou deux boules. A travers un des trous taraudés de l'une de ces armatures passe une vis de pression qui comprime la pelote collée, *pelote digitale*, construite en imitation de la pulpe d'un ou plusieurs doigts, et contenant un ressort à boudin dont les effets sont gradués sur une échelle extérieure. — M. Roux a appliqué ce compresseur sur toutes les artères accessibles, et même sur l'*iliaque primitive.*

— *Anévrisme de l'artère poplitée, guéri par la compression*, par M. Jobert (le Progrès, t. II, p. 135).

— *Du traitement de l'anévrisme de l'artère poplitée, par la compression indirecte*, par M. Janson (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1857).

— *Anévrisme poplité. — Compression de la fémorale avec l'appareil de M. Broca. — Guérison en dix-huit jours*, par M. Triffet (Gazette des hôpitaux, p. 380). — La compression a été faite d'une manière continue ; on se contentait de changer les pelotes très-souvent, à cause des douleurs que faisait éprouver la pression.

— *Anévrismes poplités guéris par la compression indirecte mécanique*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 227). — Deux observations qui n'offrent rien de particulier ; elles sont suivies,

à la Société de chirurgie, d'une courte discussion, dans laquelle M. Verneuil cite un exemple récent de guérison d'anévrisme poplité, obtenue en treize heures, par la compression digitale. — M. Lenoir a été témoin d'un fait, dans lequel la compression mécanique a complétement échoué.

— *Deux nouveaux cas d'anévrismes guéris par la compression indirecte*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 236). — Ces deux cas sont celui de M. Triffet, que nous avons publié, et un autre, observé par M. Denucé. Ce dernier exemple est relatif à un anévrisme de l'artère humérale, qui s'est oblitéré après deux heures et demie de compression totale. Les battements ont reparu, mais ils étaient très-affaiblis, et ont disparu spontanément et définitivement au bout de quelques jours.

— *Ligature de la fémorale pour un anévrisme poplité, traité en vain par la compression*, par M. Bryant (The Lancet, août). — La compression mécanique ou digitale déterminait de telles douleurs, qu'on a dû y renoncer vers le neuvième jour; il y avait amélioration du côté de l'anévrisme. — La ligature de la crurale a amené la guérison.

— *Observation d'un cas d'anévrisme de l'artère tibiale antérieure à son origine, méconnu d'abord, compliqué de sciatique, et guéri au moyen de la ligature*, par M. Chabanne (Gazette médicale de Lyon, p. 124).

— *Rupture d'un anévrisme de l'iliaque externe, traité par ligature de l'iliaque commune*, par M. Edwards (Edimb. med. Journ., et Revue étrangère, p. 38). — Mort vingt-quatre jours après l'opération. Dans cet espace de temps, le malade a eu une péritonite tenant, d'après l'auteur, à la présence des caillots qui s'étaient échappés de l'anévrisme, et non à une blessure du péritoine, car il n'avait pas été lésé pendant l'opération. Avant sa mort, le malade a eu aussi du *delirium tremens*. — Les règles d'après lesquelles on lie l'iliaque primitive sur le cadavre ne sont que d'un faible secours, quand on agit sur le vivant.

— *Plaie de l'artère fémorale. — Amputation. — Mort*, par M. Fleury (Gazette des hôpitaux, p. 12).

— *Cas de ligature de la brachiale*, par M. Lister (Gazette des hôpitaux, p. 454). — Plaie de la brachiale. — Hémorragies successives et considérables; on fait la compression avec tant de force que l'avant-bras et la main sont restés privés de sang pendant trente heures. Ligatures au-dessus et au-dessous de la plaie. — Guérison sans accidents.

— *Sur une variété particulière d'anévrisme traumatique*, par M. Legouest (Gazette des hôpitaux, p. 119). — M. Legouest a observé deux anévrismes traumatiques offrant cette particularité, qu'ils recevaient le sang par le bout inférieur du vaisseau divisé, à l'exclusion du bout supérieur spontanément oblitéré. Il a pu

s'assurer de cette circonstance d'une manière non douteuse, puisque dans les deux cas il a été obligé d'ouvrir la poche anévrismale.

— *Tumeurs sanguines réductibles de la voûte du crâne*, par M. Azam (Gazette des hôpitaux, p. 10). — Deux observations propres à l'auteur, et une autre de M. Dufour. Dans tous ces cas, on voit un choc violent du crâne dans la région des sinus ; fissure ou fracture démontrée ou probable, puis tumeur réductible contenant du sang veineux, vivant, en communication avec un réservoir sanguin considérable, qui ne peut être que le sinus longitudinal supérieur. — M. Azam réclame l'admission de ces tumeurs comme espèce distincte dans le cadre nosologique. Quant au mode de formation, l'auteur pense qu'il y a ostéite raréfiante et absorption interstitielle, et existence de pertuis qui communiquent avec les sinus très-voisins, par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé.

— *Essai sur un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne, formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-cranienne*, par M. Dupont (Thèses de Paris, n° 78). — L'article précédent fait connaître les tumeurs dont il est ici question.

— *Kyste sanguin du rein*, par M. Lancereaux (Bulletin de la Société anatomique, p. 205). — Vieillard ; les reins contiennent plusieurs kystes séreux; l'un d'eux est le siége d'une hémorragie ancienne.

— *Expériences sur la phlébite*, par M. Lee (Archives générales de médecine, septembre, p. 353). — Ces expériences ont pour but de prouver que l'exsudat plastique se fait toujours dans les tuniques externes, et qu'il n'arrive dans l'intérieur du vaisseau qu'après la rupture de la membrane interne. Ce qu'on a pris pour de la lymphe plastique n'est en réalité que de la fibrine précipitée du sang contenu dans le vaisseau.

— *Sur l'emploi du vésicatoire contre la phlébite*, par M. Bermond (Gazette des hôpitaux, p. 354). — L'auteur a vu de nombreux cas qui confirment ce traitement, que nous avons fait connaître d'après la pratique de M. Nonat.

— *Anévrisme cirsoïde de l'artère temporale, guéri par une injection de perchlorure de fer*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 7). On a eu soin de comprimer au-dessus et au-dessous de la tumeur, pendant que le chirurgien injectait 4 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés, et malaxait l'anévrisme de manière à faire pénétrer le liquide dans les flexuosités des vaisseaux; les battements ont cessé instantanément ; par mesure de prudence, la compression sur la temporale a été continuée pendant une heure. Guérison sans aucune espèce d'accidents.

— *Du traitement de l'anévrisme cirsoïde ou varice artérielle*,

par M. Verneuil (Gazette hebdomadaire, p. 101). — Revue critique de plusieurs observations déjà publiées, avec conclusions : — 1° La varice artérielle ou anévrisme cirsoïde doit être attaquée par les moyens chirurgicaux d'aussi bonne heure que possible ; — 2° Les moyens indirects étant impuissants, on devra porter des agents coagulants ou destructeurs sur le tissu érectile lui-même, sans s'occuper des vaisseaux serpentins périphériques ; — 3° Le perchlorure de fer, les caustiques coagulants (chlorure de zinc), devront être mis en usage au début, de préférence à tout autre moyen. En cas d'insuccès, on aurait recours à la ligature en masse et à l'instrument tranchant.

— *Remarque sur le traitement des anévrismes cirsoïdes*, par M. Philippeaux (Gazette hebdomadaire, p. 332). — Avec quelques remarques sur l'article de M. Verneuil, cet article contient une observation ayant pour titre : Anévrisme par anastomose, occupant au sommet de la tête une épaisseur de 2 centimètres à peu près, et une surface arrondie de 15 centimètres de diamètre. — Insuccès de la compression. — Destruction complète de la tumeur avec la pâte au chlorure de zinc. — Guérison.

— *Nævus guéri par une injection avec l'acide tannique*, par M. Quinlan (Dublin hospital Gazette, septembre).

— *Traitement des nævi par une compression de courte durée*, par M. Forster (Journal de médecine de Bruxelles, avril). — Deux aiguilles sont passées, à angle droit, au-dessous de la tumeur ; celle-ci est alors étranglée par une ligature. Les aiguilles sont retirées immédiatement, et, quatre heures après, on enlève la ligature. L'escarre tombe vers le quatorzième jour, sans accident. — Guérison.

— *Traitement des nævi materni*, par M. Lagout (Moniteur des hôpitaux, p. 35). — Plusieurs attouchements de la tumeur, renouvelés tous les cinq ou six jours, avec un pinceau imbibé d'acide nitrique concentré. — Guérison sans cicatrices.

— *Cautérisation sèche comme traitement des envies*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitazx, p. 98). — Voici la pratique de M. Chassaignac : La couche de pâte de Vienne doit être le plus mince possible, eu égard à la profondeur de l'altération de la peau ; elle n'est jamais laissée en place plus de cinq minutes; on lave la partie escarrifiée avec de l'eau vinaigrée, afin d'enlever toute trace de caustique. Après avoir essuyé avec soin les parties, on applique un morceau d'amadou bien souple, qui a exactement la forme de la surface cautérisée. Si, dès lors, on preserve l'accès de toute humidité, l'amadou adhère d'une façon si intime avec l'escarre, qu'il ne tombe qu'avec elle, et celle-ci ne se détache qu'après la cicatrisation complète des tissus qui lui sont subjacents. Cette adhésion de l'amadou est la condition *sine quâ non* de la réussite.

— *De la résolution des adénites cervicales chroniques par le galvanisme*, par M. Philippeaux (Gazette médicale de Lyon, p. 321). — Ce médecin rapporte plusieurs cas favorables à cette méthode de traitement.

— *Du traitement de l'hypertrophie ganglionnaire par l'électricité*, par M. Paupert (Gazette des hôpitaux, p. 183). — Succès obtenus dans la pratique de M. Demarquay. Tantôt la diminution du ganglion est lente ; tantôt elle est très-rapide. Quelquefois il survient de petits abcès qu'il faut ouvrir ; c'est encore un mode de guérison. — Il vaut mieux se servir d'éponges que d'aiguilles.

— *De l'affection hypertrophique des ganglions lymphatiques* (Gazette des hôpitaux, p. 485).

— *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels*, par M. Binet (Thèses de Paris, n° 17).— Cette thèse est divisée en trois chapitres :— 1° Des dilatations ou varices des réseaux : six observations déjà connues sont analysées par M. Binet, qui, en terminant, compare les dilatations des réseaux d'origine des lymphatiques aux tumeurs capillaires sanguines cutanées. Les varices des réseaux sont formées par la dilatation des capillaires externes et paraissent le plus généralement être congénitales ; elles s'accompagnent à la longue de dilatation anormale des vaisseaux profonds ; elles peuvent se rompre, et laisser écouler de la lymphe. La cautérisation est le meilleur traitement. — 2° Dilatation des vaisseaux lymphatiques. Ces varices sont cylindroïdes ou ampullaires ; elles tiennent à des causes locales ou générales. Une nouvelle observation avec détails. Le traitement se réduit à peu de chose lorsque la varice est simple; il est nul quand elle est compliquée d'un obstacle à la circulation. — 3° Plaies et fistules. L'auteur étudie comment la fistule succède à une plaie ; contre les fistules, il préconise la compression au-dessous de la plaie, la cautérisation énergique et profonde, les incisions, et enfin l'excision, qui a donné à M. Ricord trois succès dans des fistules lymphatiques du dos de la verge. — Cette thèse contient de nombreuses citations bibliographiques.

— *Affection non décrite des ganglions lymphatiques*, par M. Rouyer (Le Progrès, t. II, p. 329). — Cette affection consiste dans l'hypertrophie des ganglions lymphatiques de presque toutes les régions du corps, avec induration du tissu cellulaire qui les enveloppe.

— *Des effets produits par les injections de pus et de diverses autres substances dans le sang*, par M. H. de Castelnau (Moniteur des hôpitaux, p. 579). — Dans une série d'articles, M. de Castelnau rappelle les expériences de Gaspard, de Ducrest et les siennes propres. Contrairement à M. de Castelnau, nous pensons que ces expériences et leurs résultats sont très-connus du public médical ; c'est la seule raison qui nous empêche d'en faire l'analyse.

Etudes sur la suppuration, par M. Chassaignac (Gazette médicale, p. 366). — Article consacré à l'examen des causes et des conditions de la formation du pus. M. Chassaignac se rattache à la doctrine qui veut qu'il y ait toujours inflammation là où du pus se produit.

— *De la pyémie spontanée et primitive*, par M. Wunderlich. (Gazette médicale, p. 422, et Union médicale, p. 163). On trouve, sons ce titre, cinq observations qu'il rapporte à la pyémie spontanée. On peut conserver des doutes sur la bonne interprétation des faits.

— *Opération de hernie pratiquée pour un testicule enflammé*, par M. Colles (Gazette médicale, p. 663). — Un homme déjà atteint de hernie refoulait le testicule dans l'abdomen avec la hernie; accidents d'étranglement. Opération : on trouve l'intestin sain et adhérent, on le détache et on réduit. Mort le lendemain. L'intestin adhérait à une tumeur qui était le testicule inflammé.

— *Hydrocèle vaginale compliquée de cryptorchidisme*, par M. Gherini (Gazette médicale, p. 357). — 1° Un paysan de trente ans portait une tumeur à la région iliaque droite; elle occupait tout le trajet du canal inguinal; de forme ovoïde, molle, élastique, fluctuante, transparente dans la petite portion qui sortait de l'anneau, irréductible et indolente. Le testicule droit manquait dans le scrotum. — 2° Paysan de quarante-huit ans. Tumeur à l'aine gauche; mêmes caractères que dans l'observation précédente. Opération par l'incision; péritonite; mort.

— *Hydro-sarcocèle chez un sujet monorchide* (Gazette des hôpitaux, p. 305). — Chez un sujet du service de M. Velpeau, on constate que le côté gauche du scrotum ne contient pas de testicule. A droite, on trouve dans la région inguino-scrotale une tumeur ovoïde, dure, surtout en haut, où elle se prolonge dans la fosse iliaque; la partie inférieure est molle et fluctuante. La tumeur est le siége de douleurs lancinantes. C'est un cancer, et M. Velpeau croit devoir s'abstenir de toute opération, parce que le mal se propage jusque dans l'abdomen.

— *Monocryptorchidie*, par M. Rousse (Gazette des hôpitaux, p. 130). — Un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel le testicule gauche est arrêté près de l'anneau, a remarqué que depuis trois ans, quand il saute ou monte à cheval, le testicule sort du bas-ventre et franchit l'anneau : douleurs vives, nausées, vomissements, jusqu'à ce que le testicule ait été replacé dans le ventre.

— *Kyste développé sur le testicule* (Gazette des hôpitaux, p. 584). — A l'autopsie d'un sujet qui succombe à une gangrène du cerveau, M. Chassaignac trouva sur un testicule une tumeur liquide enkystée, entourant la demi-circonférence de l'organe, et le coiffant comme l'épididyme. Le liquide contenu est entièrement spermatique; il a été analysé par M. Robin.

— *Fongus benin du testicule chez un enfant de dix mois*, (Gazette des hôpitaux, p. 500). — Enfant de dix mois; tuméfaction il y a deux mois, ulcération à la surface, formation d'un fongus qui augmente rapidement. M. Gosselin, qui présente l'enfant à la Société de chirurgie, se propose de faire prendre de l'iodure de potassium à la nourrice, et de faire un pansement compressif avec de la charpie imprégnée de préparations résolutives, légèrement caustiques au besoin.

— *Mécanisme de la guérison de l'hydrocèle par l'injection*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 511). — M. Morel-Lavallée a pu observer un malade qui succomba à une apoplexie foudroyante des méninges, le onzième jour après l'opération. — En examinant la tunique vaginale, M. Morel la trouva tapissée par une fausse membrane d'un blanc jaunâtre, semblable à une feuille humide de papier joseph; la cavité est traversée par des cloisons incomplètes ou des filaments pseudo-membraneux. — M. Morel admet que ces cloisons se rétractent à mesure que le liquide disparaît (il y en avait 30 grammes dans ce cas), que les deux feuillets de la fausse membrane s'affrontent, puis que celle-ci disparaît par absorption, laissant libre la tunique vaginale.

— *De l'hydrocèle de la tunique vaginale, et de sa cure radicale par un nouveau procédé*, par M. Very (Thèses de Paris, n° 47). — Le procédé que décrit M. Very est employé par M. Defer, médecin à Metz : il consiste à évacuer le liquide avec un trocart, comme par le procédé ordinaire, et à toucher ensuite la surface interne de la tunique vaginale avec du nitrate d'argent monté sur un porte-caustique. L'auteur cite ensuite dix observations de malades chez lesquels on a employé ce procédé.

— *Hernie dans la tunique vaginale*, par M. Richet (Gazette des hôpitaux, p. 308). — M. Richet présente la pièce anatomique recueillie sur un sujet opéré *in extremis*; il mourut deux heures après. On reconnaît à l'autopsie que la hernie était bien dans la tuique vaginale. Le conduit vagino-péritonéal est très-étroit; le collet est situé à sa partie supérieure.

— *Tumeur inguino-scrotale simulant une hernie*, par M. Demarquette (Moniteur des hôpitaux, p. 68). — Un malade de trente-quatre ans, à la suite de fatigues, vit se former rapidement dans la région inguinale et le scrotum une tumeur allongée, molle en bas, plus dure et douloureuse en haut. L'auteur crut d'abord qu'elle était formée par le testicule rétracté; quelques tentatives de taxis sans succès. Quelques jours après, ponction; 500 grammes de sérosité, puis seconde ponction quand la poche fut remplie; injection iodée. Guérison.

— *Hématocèle vaginale. — Décortication. — Guérison*, par M. Bocquet (Moniteur des hôpitaux, p. 92). — Tumeur du scrotum, à gauche, grosse comme le poing; on en extrait 250 grammes

environ de liquide brun-roussâtre avec grumeaux. Injection d'eau tiède ; les parois sont très-épaisses. Incision de la poche, ablation de fausses membranes, disposées en couche grisâtre, épaisse, dense sur les parois et sur le testicule. Guérison.

— *Considérations sur le varicocèle*, par M. Nélaton (Gazette des hôpitaux, p. 351). — Leçon clinique de M. le professeur Nélaton ; le varicocèle ne doit être opéré que lorsqu'il détermine de la gêne ou des douleurs, symptômes qui sont loin d'être toujours en rapport avec le volume de la tumeur. On peut, du reste, dans certains cas, se contenter d'un moyen contentif simple : il consiste à refouler le testicule et la masse veineuse vers l'anneau, et à les y maintenir en pinçant immédiatement au-dessous le scrotum laissé presque vide. On saisit la peau pendante dans un petit anneau en caoutchouc qui soutient le testicule et le cordon relevés vers l'anneau.

— *Kystes spermatiques* (Gazette des hôpitaux, p. 180). — Discussion à la Société de chirurgie sur l'étiologie des kystes spermatiques.

— *Orchite. — Mouchetures de la tunique vaginale. — Hémorrhagie. — Attaque d'hystérie* (Gazette des hôpitaux, p. 106).

— *Sur l'orchite purulente et la fonte du testicule, amenées par des mouchetures faites sur la région des bourses*, par M. Demarquay (Bulletin de thérapeutique, p. 549). — M. Demarquay rappelle plusieurs cas où l'on vit se développer des accidents à la suite de ces mouchetures, et cite plusieurs faits qu'il a eu occasion d'observer, notamment dans un cas d'orchite consécutive à des cathétérismes nécessités par un rétrécissement de l'urètre.

— *De l'orchite aiguë*, par M. Cogombles (Thèses de Paris, nº 250).

— *Du diagnostic de l'hydrocèle vaginale*, par M. Biebuyck (Thèses de Paris, nº 66).

— *Du varicocèle*, par M. Royer (Thèses de Paris, nº 83).

— *Eléphantiasis du scrotum*, par M. F. Galvez (Revue étrangère, p. 51). — Une observation ; le poids de la tumeur était de cinquante-sept livres.

— *De l'hydrocèle vaginale compliquée de cryptorchidie*, par M. Gherini (Ann. univ. di medicina, Revue étrangère, p. 23). — Le diagnostic est facile, quand on est prévenu de la possibilité de la complication. — Injection iodée.

— *Des pertes séminales involontaires*, par M. Dicenta (Deutsche Klinik, et Revue étrangère, p. 80). — Cet article est consacré à l'étiologie, et ne nous apprend rien de nouveau.

— *De la salivation mercurielle contre diverses maladies du testicule*, par M. Pinilla (Gazette médicale de Lyon, p. 488). — Il est difficile de dire de quelle nature étaient ces tumeurs ; mais elles n'étaient pas syphilitiques. Le mercure, jusqu'à salivation,

a amené la guérison dans plusieurs cas où la castration paraissait indiquée.

— *Traitement de l'épididymite blennorragique*, par M. Diday (Gazette médicale de Lyon, p. 461). — M. Diday conseille de s'en tenir au repos au lit, au maintien des bourses relevées, à l'application de huit à dix sangsues exactement faite sur le trajet du cordon, aux cataplasmes émollients, aux purgatifs salins, et enfin de recourir au sulfate de quinine, si, au bout de quelques jours, l'amélioration produite par les moyens précédents est suivie d'une recrudescence. Le copahu n'est indiqué qu'après deux accès de recrudescence. Deux vessies pleines de glace, placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous des testicules, sont encore un excellent moyen, surtout dans l'orchite parenchymateuse.

— *Cautérisation de l'urètre contre les pertes séminales*, par M. Solly (the Lancet, février). — L'auteur préconise le traitement de Lallemand, en recommandant toutefois de faire des cautérisations moins énergiques.

— *Etudes sur l'absence congénitale du testicule*, par M. Godard (Thèses de Paris, n° 259).

— *Etudes sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme*, par M. Godard (Paris, V. Masson ; grand in-8, 164 pages). — Déjà, dans un mémoire publié en 1856 (Recherches sur les monorchidies et les cryptorchidies chez l'homme, grand in-8° ; Paris, 1856, Victor Masson), M. Ernest Godard avait montré, par l'examen du sperme éjaculé, que le testicule arrêté dans sa migration ne sécrétait pas d'animalcules spermatiques, et que l'homme cryptorchide était puissant, mais inapte à se reproduire. Dans ce deuxième travail, M. Godard fait l'histoire complète du testicule non descendu. Nous la résumerons ainsi : — Les testicules se forment dans l'abdomen, puis descendent dans le scrotum. L'une des glandes séminales subit-elle un arrêt dans sa migration, il y a monorchidie. L'anomalie siége-t-elle des deux côtés, il y a cryptorchidie. Dans les deux cas, les testicules qui semblent manquer existent, soit dans l'abdomen, le canal inguinal, le canal crural, soit encore dans le pli cruro-scrotal ; aussi, cet état anormal ne devra pas être confondu avec l'anorchidie congénitale ou absence congénitale du testicule, vice de conformation dont l'auteur rapporte un certain nombre d'exemples. M. Godard décrit séparément la monorchidie et la cryptorchidie. — Après avoir rappelé les exemples de monorchidie cités par les auteurs anciens et modernes, il démontre que cette anomalie peut-être héréditaire, ou coïncider avec un arrêt de développement de la moitié correspondante du corps. D'autres fois elle résulte de l'inflammation du testicule ou d'une mauvaise position de la glande qui s'est placée en travers de l'orifice abdominal du canal inguinal. — Plus souvent qu'on ne le croit généralement, les lésions ou

les dispositions anormales du *gubenaculum* sont la cause première de l'ectopie testiculaire; pour démontrer ce fait, M. Godard rappelle le mode de développement du testicule; sa migration, qu'il a suivie pas à pas. A ce sujet, le premier, il démontre que chez l'adulte le testicule est attaché manifestement au fond du scrotum. — Après avoir étudié la structure intime du *gubernaculum testis*, et analysé ce qui a été écrit à ce sujet par les physiologistes, il rappelle toutes les hypothèses émises pour expliquer la descente du testicule; il indique le mode d'oblitération de la tunique vaginale; il démontre que le crémaster est le muscle propre du testicule qu'il protége en le soulevant et en l'appliquant sur l'anneau, et fait voir que pendant le coït, ce muscle active la sécrétion spermatique par les secousses qu'il imprime au testicule. M. Godard termine cette partie de son travail en montrant que la connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil séminal permet d'expliquer toutes les variétés d'ectopie testiculaire. A ce sujet, il démontre le premier que, parfois, le faisceau moyen ou faisceau scrotal du *gubernaculum testis*, au lieu de s'insérer au fond du scrotum, s'attache à la peau au niveau du pli cruro-scrotal. Cette disposition anormale arrête le testicule dans sa migration. — La monorchidie peut être la conséquence d'une erreur de diagnostic faite par un bandagiste qui remonte et fixe dans l'aine un testicule mobile; elle peut résulter d'une contraction spasmodique du crémaster, qui remonte un testicule déjà descendu; plus rarement, elle survient à la suite d'un excès de coït, ou après un coup reçu à l'aine ou sur le testicule. — L'homme monorchide peut se trouver dans les quatre conditions suivantes: —A. Ses deux testicules peuvent être sains; —B. La glande séminale, arrêtée dans sa migration, peut être seule à l'état pathologique; — C. La glande placée dans le scrotum peut être seule malade; — D. Les deux testicules peuvent être à l'état pathologique. —Chez l'homme monorchide, le testicule descendu et celui du côté opposé, arrêté dans sa migration, peuvent être sains. Dans cette variété, qui est la plus fréquente, le testicule gauche est le plus souvent arrêté dans sa migration. — Après avoir insisté sur le siége de l'anomalie, M. Godard indique les signes et le diagnostic différentiel avec les tumeurs qui peuvent la simuler, puis il insiste sur le pronostic et les accidents consécutifs aux ectopies testiculaires suivant leurs variétés. Faisant l'étude anatomique des organes génitaux des monorchides, il montre l'état du scrotum, de la tunique vaginale, du canal inguinal et des anneaux inguinaux, et fait connaître l'état du testicule dans les différentes variétés d'ectopie et la structure de cet organe, en insistant sur la disposition du parenchyme glandulaire : il termine cette partie de son travail en démontrant que le testicule non complétement descendu n'est pas fibreux,

graisseux, à l'état fœtal, comme on l'a imprimé. Tout au contraire, ses canalicules s'effilent parfaitement; seulement le testicule est moins volumineux que la glande placée dans le scrotum. Le testicule arrêté dans sa migration ne secrète pas d'animalcules; pour M. Godard, cela paraît tenir à ce que la glande, dans le lieu qu'elle occupe, n'a pas la mobilité qui lui est propre, et dont elle jouit dans le scrotum, où à chaque instant elle est soumise aux contractions du crémaster. — L'homme monorchide, dont le testicule descendu est sain, éjacule un liquide renfermant des spermatozoïdes, et il est apte à procréer des enfants des deux sexes. Rien ne doit être négligé pour amener dans le scrotum un testicule arrêté dans sa migration, et, à ce sujet, l'auteur indique la conduite à tenir dans toutes les variétés de l'anomalie. — L'homme monorchide peut avoir le testicule descendu sain, le testicule non descendu étant à l'état pathologique; d'autant plus que la glande arrêtée dans sa migration passe plus facilement à l'état pathologique que la glande qui est dans le scrotum. Après avoir cité les observations de ce genre que l'on trouve dans les auteurs, l'auteur étudie l'inflammation du testicule non descendu, suivant toutes les variétés de l'anomalie; il indique les signes, le diagnostic différentiel de la maladie, et le traitement qui lui a paru le plus convenable. — La glande, arrêtée dans sa migration, peut subir la dégénérescence tuberculeuse et cancéreuse. Cette dernière affection survient surtout si l'anomalie siége à droite. — M. Godard décrit avec soin le sarcocèle inguinal, puis il indique l'opération qui peut être tentée. Malheureusemet l'issue de la maladie est toujours funeste. — Le testicule descendu peut être à l'état pathologique ou non développé, le testicule du côté opposé arrêté dans sa migration étant sain. — Cette variété est rare; la glande descendue peut être affectée d'orchite; elle peut avoir subi la dégénérescence fibreuse, la dégénérescence cancéreuse; d'autres fois, elle est arrêtée dans son développement. Or, comme les hommes atteints de cette variété de monorchidie éjaculent un liquide privé de spermatozoaires, M. Godard, se basant sur quatre observations, formule cette proposition : Le testicule, arrêté dans sa migration, ne sécrète pas de spermatozoïdes, et l'homme monorchide, dont le testicule descendu est à l'état pathologique, est puissant, mais inapte à se reproduire. — L'homme monorchide peut avoir les deux testicules à l'état pathologique. M. Godard n'a recueilli que trois observations de ce genre; elles offrent peu d'intérêt, elles complètent seulement le cadre qu'il s'était tracé. — La cryptorchidie est une anomalie caractérisée par l'absence apparente des deux testicules qui se sont arrêtés dans un des points qu'ils avaient à parcourir pour arriver dans les bourses; tandis qu'elle constitue un vice de conformation chez l'homme, elle est l'état normal du plus grand nombre des animaux, dont

elle ne gêne même en rien les facultés génératrices. M. Godard, après avoir rapporté tous les exemples de cette anomalie cités dans les auteurs anciens et modernes, passe rapidement sur les causes et l'anatomie pathologique de la cryptorchidie ; il rappelle le siége le plus fréquent de cette anomalie, dont il rapporte plusieurs observations. — Ayant à traiter de l'influence de la cryptorchidie sur l'habitude extérieure, le moral, la voix, les forces physiques, il démontre que les hommes ainsi conformés sont de taille moyenne, blonds, glabres, peu vigoureux ; ils ont la voix d'un timbre élevé, ils paraissent plus jeunes que leur âge ne le ferait supposer ; ils sont timides et craintifs. Mais sont-ils aptes à se reproduire ? Avant de répondre à cette question, l'auteur cite toutes les opinions émises à ce sujet par les physiologistes, puis il formule cette proposition : — Les hommes dont les deux testicules quoique développés sont incomplétement descendus sont puissants, mais ils éjaculent du sperme privé d'animalcules, aussi ne peuvent-ils féconder. — M. Godard tire ses conclusions des faits suivants : — Quatre des cryptorchides qu'il a observés, et qui étaient mariés, n'avaient pas eu d'enfants. — Deux hommes atteints de la même anomalie éjaculaient du sperme privé d'animalcules. — Dans deux autopsies de cryptorchides, il a constaté que le liquide des vésicules séminales et des canaux déférents ne contenait pas de spermatozoaires : le travail de M. Godard renferme encore en note tous les faits nouveaux qu'il a trouvés sur la physiologie et la pathologie des organes génitaux.

— *Tubercules des épididymes, de la prostate et des vésicules séminales*, par M. E. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 268). — Une observation avec les détails de l'autopsie.

— *De la tuberculisation des organes génitaux chez l'homme*, par M. Even (Thèses de Paris, nº 44).

— *Kystes de l'épididyme*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 133). — Présentation de petits kystes spermatiques.

— *Kyste des vésicules séminales*, par M. Sée (Bulletin de la Société anatomique, p. 24). — Petit kyste du volume d'un pois, contenant une substance jaunâtre, visqueuse, demi-solide, tout à fait indépendante de la vésicule correspondante.

— *Lésions très-complexes des organes pelviens*, par M. E. Nélaton (Bulletin de la Société anatomique, p. 42). — Diagnostic très-difficile. — A l'autopsie, péritonite purulente, kyste séreux tenant à l'utérus, des kystes purulents, une perforation du rectum, deux polypes de l'utérus, ulcérations et productions fibroplastiques du col.

— *Mobilité anormale du rein*, par M. Rouyer (le Progrès, t. II, p. 192).

— *Observation de rein flottant*, par M. Urag (Archives générales de médecine, août, p. 222).

— *De la taille hypogastrique par la cautérisation*, par M. Perret (Thèses de Paris, n° 97).

— *Calculs vésicaux*, par MM. Clairet et Gendron (Académie de médecine, 26 octobre). — Cystocèle vaginale contenant deux calculs volumineux, qui ont été expulsés spontanément par le canal de l'urètre, sans que les parois de ce canal aient été déchirées ni éraillées.

— *Nouvelles remarques sur la taille sous-pubienne membraneuse*, par M. Heurteloup (Académie des sciences, 8 novembre).

— *Taille sous-pubienne membraneuse*, par M. Mercier (Académie des sciences, 11 octobre).

— *Inversion du corps, pour remédier aux symptômes produits par le passage d'un calcul rénal dans l'uretère*, par M. Simpson (Edimb. med. Journ., Revue étrangère, p. 135). — L'auteur insiste sur la position du corps dans certaines affections chirurgicales ; plusieurs fois il a réussi à faire disparaître les accidents, dans des accès de coliques néphrétiques, en donnant au corps du malade une autre position.

— *Observations sur quelques maladies des voies urinaires, recueillies à la clinique du professeur Lallemand*, par M. Barthès (Revue thérapeutique du Midi, p. 276).

— *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, par M. Civiale (3e édition. Paris, J.-B. Baillière ; 2 volumes in-8, t. XLVIII, 1285 pages).

— *De la taille hypogastrique, pratiquée au moyen de la cautérisation. — Mémoire sur une nouvelle manière d'extraire la pierre de la vessie*, par M. Valette (Paris, V. Masson ; in-8°, 67 pages).— La méthode de M. Valette ayant été déjà publiée, nous nous dispensons d'analyser ce mémoire.

— *Des lois et conditions physiques qui président à l'opération de la lithotripsie scientifique*, par M. Heurteloup (Paris, Labé ; in-8°, 16 pages).

— *Opérations de la pierre par la cystotomie pratiquée chez l'homme adulte. — Réflexions et corollaires sur la taille et la lithotritie*, par M. Fourquet (Toulouse, imprimerie Douladoure ; in-8°, 8 pages).

— *Mémoire sur la lithotritie*, par M. A. Mercier (Paris, imprimerie Le Normant ; in-8°, 16 pages).

— *Calcul vésical sur un enfant de sept ans. — Lithotomie. — Pyélite calculeuse. — Mort*, par M. Marey (Bulletin de la Société anatomique, p. 299, 1857).

— *Calculs dans les calices et les bassinets*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 84). — Abcès dans le rein; les

calculs avaient la forme des calices dilatés ; ils étaient très-volumineux. Mort du malade, dans le dernier degré du marasme.

— *Hémorrhagie compliquant un catarrhe de la vessie traitée avec succès par l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur*, par M. Vigla (Journal de pharmacie, juillet).

— *Calcul vésical ayant pour noyau un séquestre osseux* (Archives générales de médecine, septembre, p. 254).

— *De la prostatite aiguë*, par M. Tagand (Thèses de Paris, n° 131).

— *De l'hypertrophie prostatique*, par M. Sainte-Livière-Daussure (Thèses de Paris, n° 136).

— *Leçon clinique sur la rétention d'urine résultant de la spermatorrhée, dans ses rapports avec l'irritation de cette glande* (Medical Times et Revue étrangère, p. 9).

— *Extraction d'un calcul prostatique à l'aide d'un dilatateur de forme nouvelle*, par M. Barudel (Gazette médicale de Lyon, p. 304). — Ce dilatateur est une sonde ayant deux ailes mobiles, pour dilater la portion de l'urètre rétrécie au-devant du calcul. Le malade a poussé avec force le jet de l'urine. Succès.

— *Mémoire sur le sarcocèle fongueux syphilitique*, par M. Rollet (Lyon, imprimerie Vingtrinier; in-8°, 31 pages, et Gazette médicale de Lyon, p. 366). — M. Rollet est amené, par son expérience personnelle et par l'étude d'autres faits publiés déjà, à admettre que les fongus du testicule, ou sarcocèles fongueux, sont d'origine syphilitique, et il pense qu'avant de recourir à un traitement quelconque, on devra essayer le traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium. « Le sarcocèle fongueux syphilitique n'est autre chose que le sarcocèle syphilitique simple, mais à une période plus avancée ; aussi l'épididyme et surtout le cordon ne présentent aucune altération appréciable. Un des points non moins importants à noter, c'est l'intégrité des ganglions du pli de l'aine et de la fosse iliaque... Une circonstance digne de remarque, dans la marche de ces fongus, c'est la récidive de la tumeur après l'ablation seule. S'il s'agissait d'une phlegmasie simple, on ne comprendrait pas cette répullulation... C'est encore à la persistance de la cause syphilitique qu'il faut attribuer la durée si longue de ces tumeurs, et l'état presque stationnaire où elles restent pendant des années... On peut dire qu'ici la cause domine toute la maladie ; car, dès que cette cause commence à être neutralisée par la médication générale, le fongus se modifie pour guérir sans traitement local. »

— *Des tumeurs fibreuses péridídymaires*, par M. Poisson (Thèses de Paris, n° 290). — M. Poisson rapporte trois observations qu'il a recueillies pendant son internat dans le service de M. Ricord : 1° tumeur fibreuse péridídymaire grossissant rapidement malgré l'emploi des mercuriaux et de l'iodure de potassium;

ablation; guérison. — 2° Hydrocèle spermatique, tumeur fibreuse de la tunique vaginale; kyste spermatique de l'épididyme; ablation ; guérison. — 3° Un autre malade portait une tumeur analogue à celle du précédent, mais il n'a pu être suivi assez longtemps. Le reste de la thèse est consacré à quelques considérations sur les observations rapportées par l'auteur.

— *Dégénérescence encéphaloïde d'un testicule arrêté dans le canal inguinal. — Ablation de l'organe malade. — Guérison*, par M. Duval (Gazette des hôpitaux, p. 410).

— *Note sur une tumeur anormale du scrotum* (*kyste muqueux dans un follicule sébacé*), par M. Bauchet (Archives générales de médecine, janvier, p. 71). — Il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, globuleuse, transparente, d'une indolence complète, datant de sept mois environ, siégeant dans la peau et le tissu cellulaire du scrotum, ayant débuté d'abord sous la forme d'une petite boule insignifiante, et ayant pris tout à coup un développement insolite. — Après deux ponctions suivies d'injections iodées, le kyste s'étant reproduit, M. Bauchet a fait l'excision d'une partie des parois ; il a fait des pansements avec des boulettes de charpie, et la guérison a été obtenue.

— *Du traitement de la spermatorrhée par le bromure de potassium*, par M. Binet (Union médicale, p. 2). — L'auteur cite trois observations de guérison ou amélioration ; on prescrit le médicament : bromure de potassium, 1 à 2 grammes; julep gommeux, 120 grammes à prendre dans la journée; — ou bien : bromure, 20 grammes; eau distillée, 300 grammes. Une cuillerée à bouche dans un verre d'eau.

— *Kystes multiples des deux reins*, par M. Blachez (Bulletin de la Société anatomique, p. 369, 1857). — Le malade est mort d'un vaste abcès en dehors du rein droit. Les kystes, nombreux et volumineux, avaient presque entièrement fait disparaître le parenchyme du rein.

— *De la mobilité des reins*, par M. Oppolzer (Union médicale, p. 63). — Quelques considérations sur cette anomalie; l'auteur conseille de ne pas appliquer de bandage; d'avoir soin d'entretenir une défécation facile, sans efforts, et surtout de rassurer et tranquilliser le malade sur la nature de son affection.

— *Fistules lombaires du rein*, par M. Leroy (d'Etiolles) (Gazette hebdomadaire, p. 877). — Un malade, à la suite d'un travail phlegmoneux, a vu se former deux fistules, une dans la région lombaire, une autre dans l'aine. Par la première, on sentait des fragments de calculs qui furent extraits : le cours des urines fut rétabli. Cependant le malade éprouve encore des douleurs dans l'abdomen.

— *Exstrophie vésicale*, par M. Danyau (Gazette des hôpitaux, p. 168). — M. Danyau présente à la Société de chirurgie un petit

garçon de trois jours, bien constitué d'ailleurs, et atteint d'une exstrophie vésicale complète. Les deux pubis sont écartés de plus de 1 centimètre. — Rien de particulier à noter.

— *Exstrophie de la vessie chez une petite fille*, par M. Dufay (Union médicale, p. 235). — Petite fille de cinq ans : écartement des pubis de 2 centimètres ; absence du clitoris et des petites lèvres, qui sont simulées par deux petits tubercules latéraux; incontinence d'urine ; ce liquide est versé à même au dehors par les uretères. Santé bonne d'ailleurs.

— *Exstrophie de la vessie*, par M. Biallet (Gazette des hôpitaux, p. 191). — M. Biallet présente à la Société de chirurgie un petit garçon âgé de cinq jours, chez lequel existe une exstrophie de la vessie; l'ombilic est placé très-bas; la solution de continuité de la vessie remonte jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. La paroi postérieure de la vessie, poussée en avant, est moins saillante que d'habitude. La verge est fendue en gouttière dans toute sa longueur.

— *Description d'un cas remarquable d'exstrophie de la vessie*, par M. Retsin (Gazette des hôpitaux, p. 419). — Cas observé chez une petite fille; de chaque côté, la tumeur se termine par deux appendices qui représentent les petites lèvres. Les pubis sont écartés de 4 centimètres. L'enfant a succombé, au bout d'un mois et demi, à une entérocholite.

— *Exstrophie de la vessie*, par M. Védrenne (Gazette des hôpitaux, p. 108). — Pièce anatomique provenant d'un enfant qui n'a vécu que quelques semaines. Les deux pubis sont écartés de plus de 3 centimètres. Le pénis forme une gouttière dans toute sa longueur, par suite de l'absence de la paroi supérieure de l'urètre.

— *Observation de perforation spontanée de la vessie*, par M. Hunsaker (The New-Orleans med. news, et Archives générales de médecine, avril, p. 489). — Le malade n'avait pas reçu de coups, n'avait ni calcul ni rétrécissement ; l'ulcération siégait au bas-fond; épanchement de huit litres d'urine dans le péritoine.

— *Rupture de la vessie*, par MM. Burker et Callender (British med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 104). — Coup de pied sur l'abdomen ; mort le sixième jour. — Rupture de la vessie ; épanchement d'urine dans la cavité péritonéale, *sans péritonite.*

— *Rupture et dilacération étendue du périnée et des viscères pelviens. — Opération*, par M. Paget (Assoc. med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 100). — Jeune homme mutilé, il y a deux ans, par un waggon. — Déchirure de la vessie, de la paroi recto-vésicale ; vaste cloaque au périnée, largement ouvert. Avivement des bords, et réunion des plaies de la vessie, du rectum et du périnée. Cinq jours après l'opération, le malade allait bien.

— *Accidents du côté de la vessie, déterminés par l'applica-*

tion de vésicatoires, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 166). — Une femme, entrée dans le service de M. Trousseau pour un catarrhe bronchique, éprouvait quelques accidents du côté de la vessie. En l'interrogeant, on apprit qu'elle avait au bras, depuis un an, un vésicatoire qu'elle pansait avec du papier d'Albespeyres, qui contient de l'huile éthérée de cantharides. — Ce pansement fut modifié, et les accidents ne tardèrent pas à disparaître complétement.

— *De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la blennorrhée et de la leucorrhée chroniques*, par M. E. Caby (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 193 et 259). — M. Caby emploie un mélange de 30 grammes de sous-nitrate de bismuth pour 200 grammes d'eau de roses. Au début, trois injections par jour, puis deux, dès que l'écoulement diminue; continuer à en prendre une le soir, pendant quelques jours, quand l'écoulement est tari. Faire uriner le malade avant l'injection, afin que le sel de bismuth séjourne le plus longtemps possible dans l'urètre; l'injection du soir est, à cause de cela même, plus efficace. — L'auteur dit avoir obtenu la guérison par ce traitement, sans aucun moyen adjuvant, dans quarante-trois cas de blennorrhées plus ou moins anciennes. — Ce traitement a été également employé avec succès dans un grand nombre d'écoulements vaginaux leucorrhéiques produits par diverses causes, et dans les urétrites qui compliquent souvent les affections utéro-vaginales.

— *Traitement du catarrhe de la vessie*, par M. Champouillon (Gazette des hôpitaux, p. 193, 206 et 218). — M. Champouillon passe en revue les divers moyens employés pour traiter les catarrhes vésicaux, sans indiquer aucune méthode nouvelle.

— *Cystite catarrhale guérie par des injections de teinture de strychnine*, par M. José de Olmo (Bulletin de thérapeutique, p. 37). — L'auteur injecta dans la vessie 12 gouttes de teinture de strychnine, contenant un peu plus de 2 centigrammes de cet alcaloïde. Grande amélioration.

— *Hématurie de l'île de France, envisagée comme une lymphorrhagie de l'appareil uropoiétique*, par M. Gubler (Gazette médicale, p. 646). — M. Gubler pense que les urines dites *laiteuses, chyleuses*, doivent ce caractère à un mélange de lymphe. M. Gubler fonde son opinion, d'une part, sur l'analogie des éléments anormaux de ces urines avec ceux de la lymphe, et, d'autre part, sur la fréquence des maladies du système lymphatique dans les pays intertropicaux, où règne l'affection désignée sous le nom d'*hématurie*.

— *De la ponction de la vessie dans les rétentions d'urine*, par M. Fleury (Gazette médicale, p. 371). — L'auteur regarde cette opération comme facile et peu douloureuse; on a l'avantage de vider la vessie; la distension de cet organe forme un obstacle au

cours du sang, ce qui contribue à rendre difficile l'introduction des instruments dans l'urètre. — Vaut-il mieux enlever la canule et revenir, s'il y a lieu, à l'opération, ou laisser la canule en place? Il conseille de laisser en place la canule en argent, et, si on doit laisser longtemps cette voie ouverte, de remplacer cette canule par une sonde en caoutchouc.

— *Mémoire sur la ponction de la vessie.* — *Discussion sur cette opération* (Gazette des hôpitaux, p. 236). — Le mémoire envoyé par M. Fleury, de Clermont-Ferrand, est lu dans la séance de la Société de chirurgie du 12 mai (il n'est pas publié); à la suite de cette lecture, une courte discussion s'engage sur quelques questions : sur l'ascension du bas-fond de la vessie dans le cas de rétention; sur les adhérences consécutives de la vessie à la paroi abdominale.

— *De l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants*, par G. Destouche (Thèses de Paris, n° 227). — Etude sur les divers moyens que l'on peut employer contre l'incontinence d'urine : l'auteur accorde la préférence aux préparations de belladone, et cite, à l'appui de son opinion, l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans.

— *De l'infiltration urineuse*, par A. Recullez (Thèses de Paris, n° 218). — Deux observations recueillies dans les services de Gerdy et de Ph. Boyer.

— *Sur quelques améliorations introduites dans le traitement des maladies des voies urinaires*, par M. Civiale (Gazette des hôpitaux, p. 545). — M. Civiale insiste sur l'utilité d'un traitement préparatoire toutes les fois qu'on doit pratiquer des opérations sur l'urètre; il présente ensuite quelques considérations purement historiques sur l'urétrotomie externe.

— *Sur quelques améliorations introduites dans le traitement des maladies des voies urinaires*, par M. Civiale (Moniteur des hôpitaux, p. 1132). — Résumé de quelques passages de l'ouvrage de M. Civiale, à propos de la publication d'une nouvelle édition.

— *Nouveau mode de traitement de diverses affections des organes génitaux, chez l'homme et chez la femme, par l'emploi du sous-nitrate de bismuth*, par M. Caby (Thèses de Paris, n° 221). — Nous avons publié une analyse de cette thèse, d'après un travail du même auteur qui a paru dans le Bulletin de thérapeutique.

— *Calcul préputial*, par M. Dupierris (Gazette des hôpitaux, p. 548). — Ce calcul provient d'un Chinois âgé de vingt-cinq ans, qui n'éprouvait aucune gêne en urinant, aucun symptôme; ce ne fut que par hasard qu'il fut adressé à M. Dupierris, qui reconnut le calcul et en fit l'extraction. Il pèse 26 grammes; il est ovoïde, long de 45 millimètres sur 30 de large, au niveau de sa grosse extrémité. Sa surface est lisse et polie; la coupe

est lisse et brillante comme de l'agate. Le calcul est composé surtout d'acide urique avec des phosphates de magnésie et de chaux.

— *Affection calculeuse des reins datant de plusieurs années. — Colique néphrétique consécutive à un cathétérisme curatif.— Abcès rénal. — Terminaison favorable* (Gazette des hôpitaux, p. 130). — Observation recueillie au Val-de-Grâce, dans le service de M. Champouillon.

— *Calcul urétral* (Gazette des hôpitaux, p. 272). — Calcul cylindrique courbé, sur son axe, de 3 centimètres de long sur 5 millimètres de large, engagé dans l'urètre, et ayant occasionné une rétention d'urine. M. Boinet parvint à faire passer une sonde cannelée derrière le calcul, et il put, avec le doigt introduit dans le rectum, pousser le calcul d'arrière en avant et l'amener au méat urinaire.

— *Calculs vésicaux. — Taille. — Mort à la suite d'accidents cholériformes*, par M. Manec (Gazette des hôpitaux, p. 143). — Homme de soixante-cinq ans, fort; calcul vésical, lithotritie; les accidents reparaissent, on reconnaît un nouveau calcul. M. Manec opère le malade par la taille latéralisée ; on trouve trois pierres. — Le malade était rétabli et se promenait déjà, lorsqu'il fut pris d'accidents cholériformes, vingt-cinq jours après l'opération; la diarrhée disparut, mais le malade fut atteint d'une bronchite double et mourut le trente-quatrième jour. — A l'autopsie on trouva une anomalie de l'intestin, consistant en un *diverticulum*, gros comme un œuf de pigeon, siégeant à la partie moyenne de l'iléon. — On trouva aussi la prostate très-tuméfiée, ce qui explique la difficulté que l'on avait eue à reconnaître les calculs avant l'opération de la taille.

— *Analyse de calculs trouvés dans la prostate*, par M. Berthelot (Gazette médicale, p. 646). — « Ils sont formés de phosphate de chaux avec une matière azotée, analogue aux cartilages. »

— *Calcul vésical. — Lithotritie. — Guérison* (Gazette des hôpitaux, p. 582). — Un malade de quarante ans entre au mois de septembre dans le service de M. Laugier ; il ressentit les premiers symptômes au mois de mars. Calcul de phosphates ammoniaco-magnésien, calcique, d'oxalate de chaux, très-friable, du poids de 24 grammes ; guérison en cinq séances dans l'espace de vingt-sept jours. Aucun accident pendant le traitement.

— *Deux observations de lithotritie*, par M. Jobert (de Lamballe) (Gazette des hôpitaux, p. 229). — 1° Homme de cinquante-trois ans ; après deux séances un fragment de calcul s'engagea dans le col de la vessie ; M. Jobert le repousse dans la vessie, et achève de le broyer ; trois jours après, nouvelle exploration, on ne sent rien, le malade sort de l'hôpital. — 2° Homme de soixante ans, douleur depuis trois ans ; quatre séances ; guérison.

— *Mémoire sur la combinaison de l'écrasement par pression et par percussion dans la lithotritie, et sur la généralisation de cette méthode*, par M. Leroy (d'Etioles) (Académie des sciences, 22 février). — L'auteur soutient, dans ce travail, que l'écrasement par pression est applicable au plus grand nombre des calculs vésicaux, et que si la percussion devient nécessaire, elle s'exécute fort bien sans point d'appui, pris sur le lit, à l'aide du marteau ou percuteur à détente.

— *Lithotripsie*, par M. Heurteloup (Moniteur des hôpitaux, p. 67). — M. Heurteloup compare entre eux plusieurs brise-pierres, d'ailleurs peu différents ; descriptions très-longues avec de nombreuses figures.

— *Lithotritie dans un cas compliqué. — Considérations sur les cas de cette nature*, par M. Civiale (Moniteur des hôpitaux, p. 387). — Il s'agit d'un cas de calcul vésical, compliqué de la présence de tumeurs fongueuses de la vessie. M. Civiale évite les difficultés qui peuvent résulter de la présence de ces tumeurs au moyen de brise-pierres particuliers.

— *De la taille médiane chez l'homme et de ses modifications modernes*, par A. Walmé (Thèses de Paris, n° 288).— Etude sur les divers procédés ou modifications, d'ailleurs peu importantes, de la taille médiane ; quelques observations nouvelles empruntées à la pratique de MM. Richard, Depaul, Verneuil ; neuf observations traduites de l'anglais, de M. Walter ; l'auteur donne même, à la fin de sa thèse, la description d'un procédé de M. Chassaignac, qui consiste à opérer au moyen d'un écraseur linéaire.

— *Taille médio-latérale sous-bulbeuse, pratiquée à l'aide d'un cathéter rectangulaire*, par M. Buchanan (Paris, imprimerie Plon ; in-8°, 4 pages, et Gazette des hôpitaux, p. 138). — L'auteur emploie, au lieu des cathéters ordinairement en usage, un cathéter dont la courbure est très-brusque, au point de former un angle droit ; il attribue à cette modification de grands avantages, et dit qu'à Glasgow elle est employée avec succès par plusieurs chirurgiens.

— *De la taille et de la lithotritie chez les enfants*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 348). — M. Guersant ne pratique pas la lithotritie chez les enfants, quand la pierre a plus de 2 centimètres, parce que la vessie est très-contractile et pousse les fragments dans la portion membraneuse, ce qui oblige de recourir à d'autres manœuvres, à la boutonnière, etc. La taille étant bien moins grave chez l'enfant, il a recours à cette opération quand la pierre a plus de 2 centimètres de diamètre.

— *Recherches sur les anomalies congénitales du canal de l'urètre*, par M. Picardat (Thèses de Paris, n° 91). — L'auteur signale d'abord l'absence de l'urètre, ou d'une partie de ce conduit, plus fréquente chez les filles ; l'oblitération de l'urètre au voisi-

nage du méat, plus fréquente chez les garçons ; l'épispadias et l'hypospadias ; les anomalies de forme, rétrécissements et dilatations ; les déviations du canal ; l'existence de deux canaux dans un seul pénis. Enfin, M. Picardat termine par deux chapitres consacrés l'un à des considérations médico-légales, l'autre à des indications pathologiques et opératoires.

— *Epispadias complet*, par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 23). — Garçon de douze ans ; la paroi supérieure de l'urètre est absente ; il n'y a pas d'écartement de la symphyse pubienne. M. Marjolin croit qu'il vaut mieux ne pas faire d'opération anaplastique pour remédier à ces vices de conformation.

— *Enorme dilatation ampullaire de l'urètre*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 191). — Un jeune homme de vingt-deux ans fut pris d'accidents de rétention d'urine. M. Demarquay eut recours au cathétérisme, puis fit une incision au-dessous d'une tumeur qui existait à la région périnéale. Ce malade succomba plus tard par suite d'un phlegmon sous-péritonéal suppuré ; et à l'autopsie, M. Demarquay trouva une énorme dilatation ampullaire de l'urètre, capable de recevoir le poing ; les parois sont minces. En avant il n'y a pas de rétrécissement, et on ne peut se rendre compte du mode de formation de cette dilatation, qui, au dire du malade, existe depuis trois ans.

— *Note sur le rhumatisme aigu blennorrhagique*, par M. Hervieux (Gazette médicale, p. 354). — Suivant l'auteur, le rhumatisme blennorrhagique a de la tendance à se localiser, surtout au genou ; il est très-rarement compliqué d'accidents du côté du cœur ; il affecte spécialement les hommes et se termine habituellement par résolution, mais peut donner lieu à des tumeurs blanches et à des ankyloses. L'écoulement blennorrhagique est supprimé à l'invasion pour reparaître à la convalescence. Un sujet, déjà atteint, voit se reproduire fréquemment les mêmes phénomènes quand il contracte une nouvelle blennorrhagie.

— *De l'urétrite chronique. — De ses causes*, par M. Mercier (Union médicale, p. 298).

— *Recherches sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques*, par M. Barudel (Bulletin de thérapeutique, p. 339). — Urétrite aiguë : injections avec l'iodure de plomb trois fois par jour ; pendant douze jours, prendre de deux en deux heures une partie de la solution suivante : perchlorure de fer (à 30 degrés), 20 gouttes ; sirop simple, 15 grammes ; eau distillée, 60 grammes. — Urétrite chronique : injections avec perchlorure de fer (à 30 degrés), 25 gouttes ; eau distillée, 100 grammes, trois fois par jour, en laissant séjourner le liquide dans l'urètre au moins pendant dix minutes.

— *Quelques mots sur les urétrites contagieuses*, par M. Guyomar (Thèses de Paris, n° 282). — L'auteur attribue les cas d'u-

rétrites, soi-disant contractées avec des femmes saines, à des rechutes d'une blennorrhagie ancienne, d'autant plus disposée à reparaître qu'il existe toujours dans l'urètre, surtout au voisinage de la fosse naviculaire, des granulations qui reproduisent facilement du pus, sous l'influence des excitations diverses. — L'auteur compare en général les urétrites aux conjonctivites; la majeure partie de la thèse est consacrée aux affections oculaires.

— *Emission de poils par l'urètre*, par M. Fabre (Gazette médicale, p. 809). — L'auteur a observé ce phénomène sur une femme de quarante-deux ans, depuis quelque temps sujette à une strangurie. A la suite d'un accès de ce mal, elle rendit beaucoup d'urine et une mèche de cheveux longue de 1 pouce et demi environ : les douleurs cessèrent aussitôt. L'auteur, qui était présent, a bien constaté que le vase de nuit ne renfermait rien avant, et il pense que ces poils proviennent d'un kyste des reins.

— *Affection herpétique du canal de l'urètre*, par M. Boucaud (Gazette médicale de Lyon, p. 325). — L'auteur croit avoir observé un cas d'herpès du canal coïncidant avec un herpès præputialis.

— *Hypertrophie considérable de la prostate.—Hématurie.— Obturation de l'urètre. — Mort*, par M. Joire (Gazette des hôpitaux, p. 58).

— *Fistule ano-urétrale guérie par une injection d'acétate de fer*, par M. Madruzza (Gazette médicale, p. 391). — Un malade de trente-quatre ans portait quatre trajets fistuleux dont trois furent guéris par incision. Dans le quatrième on injecta une solution concentrée d'acétate de sesquioxyde de fer, et on ferma l'orifice avec de la charpie. Il se développa une inflammation violente qui donna lieu à la formation d'un abcès; on l'ouvrit, et l'inflammation adhésive amena l'occlusion du trajet.

— *Fistules urinaires. — Opération. — Guérison*, par Toland (Charlest. med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 163). — Enfant de dix ans; fractures multiples des os du bassin; abcès et fistules urinaires à l'aine et au périnée avec oblitération de l'urètre, survenue plus tard. — Incision du périnée sur un cathéter introduit dans l'urètre jusqu'au niveau de l'oblitération; création d'un canal artificiel et introduction d'une sonde dans la vessie. Guérison.

— *Considérations sur les fistules urinaires anciennes et sur l'urétrotomie*, par M. Civiale (Moniteur des hôpitaux, p. 798).— Observations de fistules urinaires anciennes avec de nombreux embranchements; tuméfaction énorme du périnée et du scrotum, formant une surface dure, bosselée, à surface érysipélateuse en plusieurs points. Traitements nombreux. Guérison par l'urétrotomie interne, incision sur la paroi inférieure de l'urètre, peu

profonde, longue de 3 pouces; sonde en permanence pendant vingt-quatre heures.

— *Hypertrophie du lobe moyen de la prostate*, par M. Péan (Bulletin de la Société anatomique, p. 20). — Cette tumeur a produit une rétention d'urine, puis de la cystite et de la prostatite, avec une suppuration qui présenta une marche croissante jusqu'à la mort du malade, brusquement déterminée par une double pneumonie.

— *Tumeur suppurée de la prostate avec tumeurs fongueuses du bas-fond de la vessie*, par M. Témoin (Bulletin de la Société anatomique, p. 367, 1857).

— *Hypertrophie partielle et à peine marquée de la prostate, causant à la fois l'incontinence et la rétention d'urine*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 548). — Trois petites hypertrophies pyriformes du lobe moyen de la prostate, dont la plus grosse n'offre pas, à sa partie renflée, le volume d'un pois, envoient leur extrémité conique dans le col vésical, et en se touchant par leur surface arrondie, elles laissent entre elles des fissures par où l'urine filtrait involontairement.

— *Rétrécissement de l'orifice urétral à la suite d'une amputation du pénis*, par M. Erichsen (Revue étrangère, p. 87). — Le rétrécissement, survenu cinq ans après l'opération, avait amené une rétention et une infiltration d'urine avec plusieurs fistules au périnée. Les essais de dilatation de l'orifice ayant échoué, le chirurgien a fait au périnée une incision : les fistules se sont oblitérées.

— *Nouvelle sonde pour limiter les injections dans le canal de l'urètre*, par M. Bron (Gazette médicale de Lyon, p. 101). — Cette sonde se compose de trois conduits indépendants les uns des autres ; les trois sont percés chacun d'un trou, placé à des distances inégales ; le premier et le dernier de ces trous communiquent avec un petit manchon en caoutchouc ; par les conduits correspondants on insuffle de l'air qui, remplissant les manchons, limite dans l'urètre un espace, dans lequel s'ouvre le troisième trou ; c'est par celui-là qu'on fait arriver le liquide que l'on veut injecter.

— *Des injections dans la partie profonde du canal de l'urètre*, par M. Diday (Gazette médicale de Lyon, p. 308). — M. Diday veut démontrer la nécessité de ces injections dans la blennorrhée, la spermatorrhée, la névralgie postéro-urétrale. Il les pratique avec la seringue à injections ordinaires et la sonde à béquille de Leroy (d'Etiolles).

— *Abcès des parois de la vessie*, par M. Bercioux (Bulletin de la Société anatomique, p. 45). — Rétention d'urine produite par un abcès du volume d'une noix, dans l'épaisseur des parois vé-

sicales en dehors et à gauche de la prostate, comprimant cet organe, et constitué par un pus très-épais grisâtre.

— *Amputation du pénis, par le procédé de M. Rizzoli*, par M. Peruzzi (Gazette médicale, p. 721).

— *Dilatation considérable de l'urètre*, par M. Delestre (Bulletin de la Société anatomique, p. 135).

— *Remarques sur le caractère, la cause, la nature et le traitement de la fièvre qui survient après les opérations pratiquées dans l'urètre*, par M. Bron (Gazette médicale de Lyon, p. 343). — Pour l'auteur, la fièvre urétrale présente de grands rapports, dans ses symptômes, avec la fièvre purulente ; elle s'en distingue par la non-continuité des malaises. Elle n'est pas la conséquence d'une résorption urineuse, car les fausses routes ne l'occasionnent pas. Le tissu spongieux n'y est pour rien, et l'inflammation franche du canal semble la prévenir. La fièvre urétrale survient quand il existe une lésion organique. On l'observe rarement dans les cas contraires. M. Bron admet que l'instrument, en contact avec la lésion organique, provoque une douleur particulière, et que cette douleur est suivie d'un accablement proportionné à son intensité et à sa nature, et que la dépression des forces qu'elle occasionne est le commencement de l'accès de fièvre. Toniques.

— *Rétrécissement traumatique de l'urètre. — Phlegmon périnéal. — Abcès sympathique rétro-pharyngien* (Gazette des hôpitaux, p. 142).

— *Des rétrécissements de l'urètre. — Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques*, par M. Icard (Thèses de Paris, n° 199). — Cette thèse est un travail sérieux, qui fait connaître la pratique de MM. Bonnet, Desgranges et Barrier. Après de bons articles sur la pathogénie et la physiologie pathologique des rétrécissements de l'urètre, M. Icard passe en revue les diverses méthodes de traitement, et résume ainsi ses opinions : 1° Une seule méthode, la dilatation temporaire et graduelle, n'aggrave jamais l'état morbide, et compromet rarement la vie des malades ; et, à ce double titre, elle doit constituer la méthode générale, malgré son impuissance à donner des guérisons durables et définitives ; — 2° les autres méthodes, au contraire, aggravent souvent le rétrécissement, exposent à des accidents graves et trop souvent mortels, et, en compensation, elles ne donnent point aux malades la certitude d'une cure radicale et absolue ; aussi ne sont-elles justifiables que lorsqu'on est dans l'impossibilité de faire autrement ; — 3° les incisions urétrales, et spécialement les incisions profondes, qu'elles soient faites de dedans en dehors ou de dehors en dedans, exposent trop la vie des opérés pour que, même après la réussite de l'opération, le chirurgien doive toujours sacrifier les intérêts scientifiques au salut des malades, et leur fasse sentir l'impérieuse nécessité de

sonder de temps en temps pour éviter les récidives ; — 4° enfin, vu l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques, dans l'état actuel de la science, tous les efforts doivent se diriger vers la prophylaxie des rétrécissements organiques, et on peut dire qu'elle réside presque tout entière dans le traitement rationnel de la blennorrhagie soit aiguë, soit chronique. — L'auteur termine par une note intéressante sur la conduite à tenir dans les cas de rétrécissements compliqués de rétention d'urine. — Observations.

— *Mémoire sur le cathétérisme de l'urètre dans les cas difficiles*, par M. Mercier (Paris, imprimerie Plon ; in-8°, 17 pages, et Gazette des hôpitaux, p. 310).

— *Des accidents produits par l'introduction des instruments chirurgicaux dans les voies urinaires, et de leur traitement*, par M. Phillips (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 203). — Après une courte étude de ces accidents, l'auteur se rattache, quant à la nature de la maladie, à l'hypothèse de M. Velpeau, à savoir, que ces accidents se développent à la suite d'un trouble dans la sécrétion de l'urine, trouble qui rend incomplète l'élimination des principes qui la composent. — Traitement : sulfate de quinine.

— *Du traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. Rith (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Considérations pratiques sur le rétrécissement de l'urètre, dit infranchissable, et sur son traitement*, par M. Phillips (Bulletin de thérapeutique, p. 348). — L'auteur établit une distinction entre l'oblitération complète de l'urètre et le rétrécissement dit *infranchissable*. Pour ce dernier, tentatives patientes de cathétérisme.

— *Nouvel urétrotome sur conducteur, pour pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière, et sans dilatation préalable, dans les rétrécissements rebelles à la dilatation*, par M. Boinet (Gazette médicale, p. 639, 673). — Cet urétrotome se compose de deux canules renfermées l'une dans l'autre et glissant l'une sur l'autre avec une grande facilité, et d'un mandrin boutonné. La première canule ou la canule extérieure est en argent et légèrement courbe à son extrémité vésicale qui se termine comme une sonde ordinaire, si ce n'est qu'elle est fendue latéralement dans une étendue d'un centimètre environ pour laisser sortir la lame qu'elle renferme. Dans cette première canule s'en trouve une seconde en acier, qui porte à son extrémité une lame à double tranchant en forme de lancette, dont le centre est percé pour laisser passer le mandrin conducteur, contenu dans la seconde canule. Ce mandrin qu'on fait glisser, aller et venir facilement dans cette seconde canule, est terminé par un bouton arrondi, de la grosseur d'une tête d'épingle. L'usage de ce mandrin est d'abord de pénétrer dans le rétrécissement, et ensuite de servir de conducteur à la

lame tranchante qui doit inciser le rétrécissement et l'empêcher de s'égarer.

— *Du rhumatisme symptomatique de la blennorrhagie*, par M. Rollet (Gazette médicale de Lyon, p. 138). — M. Rollet dit d'abord qu'il y a un rhumatisme blennorrhagique ; ce qui le prouve, c'est d'abord la fréquence des cas de rhumatisme observés chez les malades affectés de blennorrhagie ; c'est surtout la répétition du rhumatisme, chez un individu donné, à chaque blennorrhagie nouvelle ou ravivée dont il est affecté. Il ressemble beaucoup au rhumatisme vulgaire ; il en diffère par son origine et sa cause, et surtout parce que, en même temps que ce rhumatisme, il peut exister (ce qui ne se voit jamais avec un rhumatisme non blennorrhagique), une ophthalmie, une iritis de même nature que l'arthrite et symptomatique de la blennorrhagie. — Le rhumatisme blennorrhagique affecte surtout les synoviales, présente moins d'acuïté, se termine rarement par ankylose ou tumeur blanche ; il est excessivement rare, si tant est qu'il existe chez la femme ; il ne paraît pas se développer sous l'influence du froid et de l'humidité ; c'est dans l'écoulement que réside sa cause efficiente et productrice. — Comme conséquence, M. Rollet propose, au lieu de rappeler l'écoulement, de le combattre activement. Quant au traitement local du rhumatisme, il conseille les sangsues et les vésicatoires.

— *Rupture de l'urètre pendant le coït. — Mort consécutive*, par M. Will. Colles (Gazette médicale, p. 663). — Homme de trente ans ; douleur pendant le coït, la verge ayant heurté le pubis. Le lendemain infiltration urineuse du pénis, incision de la tumeur le huitième jour ; mort le dixième. — L'auteur rapporte un autre fait analogue : un homme de trente-huit ans heurte le pubis pendant le coït ; tumeur sur la verge, qui détermine par la suite une incurvation de la verge. (La fin n'est pas indiquée.)

— *Gangrène de l'urètre*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 360). — Malade de quarante-sept ans, qui succomba comme foudroyé, après s'être livré au coït plusieurs fois en très-peu de temps. A l'autopsie, gangrène partielle de l'urètre, du pénis et de la vessie.

— *Rétrécissement et abcès de l'urètre*, par M. Caudmont (Bulletin de la Société anatomique, p. 282, 1857). — C'est un rétrécissement de l'urètre, en avant duquel un abcès a donné lieu à une perforation du canal.— Pas de renseignements sur les antécédents. M. Caudmont pense que les perforations que l'on attribue généralement à l'éraillement des parois du canal, distendues par la poussée du liquide, en arrière du rétrécissement, sont précédées par un abcès. Il a observé trois autres cas semblables ; il juge de ce qui doit se passer en arrière du rétrécissement par ce qu'il a observé en avant.

— *Sur une nouvelle méthode d'opérer dans les cas d'imperméabilité de l'urètre*, par M. Syme (Medico-chirurgical transactions, t. XL, et Archives générales de médecine, janvier, p. 94). — M. Syme rapporte deux observations d'oblitération complète de l'urètre. Voici la méthode qu'il propose de suivre dans ces cas : introduire dans la vessie, à travers l'orifice fistuleux (en dilatant celui-ci en cas de besoin), un conducteur semblable à celui que l'on emploie dans la lithotomie, mais ayant sa gouttière sur sa concavité au lieu de l'avoir sur sa convexité ; puis introduire dans l'urètre, aussi loin que possible, le directeur employé pour diviser les rétrécissements par l'excision externe, et, pendant que le conducteur, confié à un aide, est supporté par un doigt de l'opérateur sur le périnée ou dans le rectum, pousser le directeur dans le sens qu'il devrait suivre si le canal était libre, de manière à traverser le point oblitéré, entrer dans la gouttière du directeur et pénétrer dans la vessie. — On opère ensuite comme dans le cas d'un rétrécissement exigeant l'incision.

— *De l'urétrotomie interne*, par M. Sédillot (Gazette hebdomadaire, p. 605). — L'auteur termine par les conclusions suivantes : « Le traitement des strictures organiques se trouve ainsi réduit à un petit nombre d'indications : 1° la dilatation dans les cas simples ; — 2° l'urétrotomie interne toutes les fois que le rétrécissement, compliqué ou non de rétention, traumatique ou inflammatoire, n'est pas dilatable d'une manière permanente, et permet néanmoins l'emploi d'une bougie ; — 3° l'urétrotomie périnéale, si le rétablissement des voies urinaires ne suffit pas à la disparition et à la cure des complications, et que de vastes décollements ou infiltrations du périnée en exigent l'excision ; — 4° enfin, la même opération dans les cas, heureusement fort rares, où l'oblitération ou les changements morbides du canal seraient un obstacle insurmontable à l'introduction d'une bougie filiforme dans la vessie. »

— *Mémoire sur la contusion et la déchirure de l'urètre*, par M. Demarquay (Union médicale, p. 101). — Un malade de vingt-cinq ans, en tombant sur le pied d'un tabouret retourné, se fit au périnée une contusion avec rupture de l'urètre. M. Demarquay essaya pendant longtemps inutilement de faire pénétrer une sonde dans la vessie par la verge. Ne pouvant y réussir, il fit une incision au périnée, ouvrit l'urètre et introduisit par cette voie une sonde sur laquelle la cicatrisation se fit ; les plaies se cicatrisèrent et le malade sortit guéri ; on lui conseilla de n'uriner qu'en introduisant dans la vessie une sonde de gros calibre.

— *De l'appréciation des principales méthodes de traitement des coarctations de l'urètre*, par M. Civiale (Bulletin de thérapeutique, p. 218).

— *Teinture d'aconit à la suite du cathétérisme urétral*, par

M. J. Long (The Liverp. med. chir. Journ., janvier, et Archives générales de médecine, mars, p. 362). — L'auteur a employé la teinture d'aconit comme moyen préventif des accès de fièvre à la suite du cathétérisme urétral. Dans trois cas, il a vu la teinture d'aconit, donnée à la dose de 2 grammes dans 1 once d'eau, immédiatement après le cathétérisme, faire disparaître des accès qui venaient régulièrement ; la fièvre reparaissait quand le malade ne prenait pas le médicament.

— *Nouvel instrument pour opérer le phimosis*, par M. Fleming (Gazette médicale, p. 642). — Instrument pour tendre la peau avant la section, qui s'exécute comme d'habitude au moyen de ciseaux.

— *Tumeur du gland*, par M. Forget (Gazette des hôpitaux, p. 60). — Tumeur grosse comme une noisette, développée dans l'épaisseur du gland chez un sujet ayant été atteint de chancre. Le malade est présenté à la Société de chirurgie ; plusieurs membres admettent que cette tumeur est de nature syphilitique. — M. Forget doit soumettre d'abord ce malade au traitement des accidents tertiaires.

— *Hémorrhagie de la trompe de Fallope*, par M. Puech (Académie des sciences, 17 mai). — 1° La trompe de Fallope peut être le siége de deux hémorrhagies : l'une physiologique, l'autre morbide ; — 2° la première, ou menstruelle, constituée par quelques gouttes de sang, peut être notée sur les deux trompes, soit sur celle qui correspond à la vésicule rompue ; — 3° survenue avant ou après les règles, la seconde laisse des effets plus marqués ; la muqueuse revêt une teinte ecchymotique, et l'organe, plus ou moins dilaté dans sa moitié externe, renferme des caillots sanguins ; il peut encore être rompu ; — 4° dans ce dernier cas, le sang s'est épanché dans le bassin ; dans les autres, il peut avoir suivi cette voie, ou bien avoir flué vers l'utérus ; — 5° ce dernier parcours, qui est sinon le plus habituel, mais le plus favorable, peut se combiner avec les précédents, et faire croire au passage du sang de l'utérus à l'abdomen, passage qui n'a lieu qu'alors que le col ou le vagin sont oblitérés depuis plusieurs années ; — 5° si la mort n'est pas la suite de l'hémorrhagie, le sang intra-péritonéal peut s'enkyster et constituer une hématocèle.

— *De la rupture du plexus utéro-ovarien et du thrombus intra-pelvien, qui en est la suite*, par M. Puech (Académie des sciences, 28 juin). — 1° Survenue soit en dehors, soit dans le cours d'une grossesse utérine ou extra-utérine, soit pendant ou peu après l'accouchement, la rupture du plexus utéro-ovarien a les mêmes causes, les mêmes terminaisons que le thrombus de la vulve ; — 2° l'état variqueux n'est point nécessaire ; noté dans quatre observations, il a fait défaut dans les autres en plus grand nombre ; — 3° si la mort n'est pas la suite de l'hémorrhagie, on

a une tumeur hypogastrique, un kyste sanguin qui a même siége, mêmes symptômes, mêmes terminaisons que l'hématocèle rétro-utérine ; — 4° à en juger par les cas relevés de toutes les sources de l'hématocèle rétro-utérine, la rupture du plexus utéro-ovarien est la cause la plus commune, la moins dangereuse pour la femme, comme aussi la plus innocente pour les fonctions de la génération ; — 5° en résumé, il est aujourd'hui démontré que l'hémorrhagie qui précède et peut plus tard constituer une hématocèle provient de trois sources qui sont, par ordre de fréquence et de bénignité : — *a* La rupture du plexus utéro-ovarien ; — *b* l'apoplexie de l'ovaire ; — *c* l'hémorrhagie des trompes de Fallope.

—*De l'apoplexie des ovaires*, par M. Puech (Académie des sciences, 19 avril). — Voici les conclusions de ce nouveau mémoire : 1° L'apoplexie de l'ovaire est une maladie incontestable, caractérisée anatomiquement par un épanchement de sang, par la destruction des vésicules de Graaf et du stroma en tout ou en partie ; — 2° cet épanchement de sang plus ou moins considérable détermine des accidents divers : de là deux terminaisons que l'on distinguera suivant qu'il y aura rupture ou non de la poche sanguine ; — 3° lorsque le kyste se rompt du côté du péritoine, l'hémorrhagie peut être mortelle par son fait, ou bien susciter une péritonite qui, mortelle dans la plupart des cas, peut, dans d'autres, servir à l'enkystement du sang extravasé ; lorsque le kyste se rompt vers le tissu cellulaire sous-péritonéal, le sang fuse au-dessous de la séreuse et forme une tumeur extra-péritonéale ; — 4° lorsque le kyste ne se rompt pas, le sang se réunit en caillot, le sérum se résorbe, de la fibrine se dépose sur les parois, et peut à la longue amener le retrait de la tumeur ; dans d'autres, au contraire, ce travail réveille une inflammation, du pus se forme, et peut se faire jour soit par le rectum, soit par le vagin, soit vers la séreuse qu'il enflamme. — L'hématocèle rétro-utérine est assez souvent une suite de l'apoplexie de l'ovaire.

—*De l'hémorrhagie vésiculaire physiologique, de l'hémorrhagie vésiculaire morbide et de leurs rapports avec les hématocèles rétro-utérines*, par M. A. Puech (Académie des sciences, 8 mars). — L'auteur, en terminant son mémoire, le résume lui-même dans les propositions suivantes : 1° Les vésicules de Graaf sont le siége de deux hémorrhagies, l'une physiologique, l'autre morbide ; — 2° l'hémorrhagie vésiculaire physiologique accompagne constamment l'expulsion de l'ovule ; — 3° le sang qui en résulte reste dans la vésicule ouverte ou est expulsé au dehors : dans ce dernier cas, il peut être recueilli par la trompe ou bien tomber dans le petit bassin ; — 4° la quantité de sang est toujours très-minime, et le caillot varie du volume d'une cerise à celui d'une amande ; — 5° l'hémorrhagie vésiculaire morbide s'effectue, soit dans des vésicules en voie de maturité et siégeant à la surface, soit dans

des vésicules plus petites et siégeant près du centre; — 6° elle détruit l'ovule et détermine une stérilité momentanée; — 7° ces hémorrhagies affectent quatre, six, quelquefois dix vésicules; elles ne sont pas précédées de déchirures, ni suivies de cicatrices ni de corps jaunes; — 8° les caillots qui en résultent peuvent varier d'âge, c'est-à-dire être survenus à des intervalles divers; ils se résorbent vite, et sont presque toujours plus petits que le caillot physiologique; — 9° ni l'une ni l'autre de ces hémorrhagies ne sont l'origine des hématocèles rétro-utérines.

— *De l'hématocèle rétro-utérine*, par M. A. Puech (Académie des sciences, 22 février). — Voici le résumé de ce mémoire : 1° L'hématocèle rétro-utérine n'est point une espèce morbide, mais un genre fondé sur un caractère anatomique, la présence du sang plus ou moins modifié à l'intérieur d'une poche enkystante; — 2° elle est la terminaison ou, si l'on veut, la suite de plusieurs maladies : sa genèse est donc multiple, et partant toute théorie qui ne voudra tenir compte que d'une seule origine sera fautive par la base; — 3° les faits connus permettent de lui assigner trois origines : — *a* une lésion de l'ovaire que je caractériserai plus tard; — *b* les varices du plexus utéro-ovarien : c'est le cas pour deux des observations rapportées dans le cours de ce mémoire; — *c* une lésion de la trompe (rare); — 4° le plus souvent extra-péritonéale, elle n'est intra-péritonéale que consécutivement; — 5° une crépitation fixe perçue par le palper hypogastrique est un signe de l'existence de caillots mous; — 6° sa terminaison est variable : lorsque le kyste se rompt, il y a mort soit par hémorrhagie, soit par péritonite consécutive; lorsqu'il ne se rompt pas ou qu'il se rompt consécutivement, il y a retrait, substitution fibrineuse et résorption partielle de la tumeur ou bien inflammation, et le pus se fait jour soit par le rectum, soit par le vagin, soit vers la séreuse qu'il enflamme; — 7° le traitement devra être exclusivement médical.

— *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources*, par M. Puech (Montpellier, imprimerie Bœhm; brochure in-8°, 102 pages). — Ce travail est le résumé des différents mémoires que nous venons d'analyser.

— *Hématocèles péri-utérines*. — *Discussion* (Bulletin de la Société anatomique, p. 157). — La discussion a pour point de départ une observation de M. Leven, ayant pour titre : *Grossesse extra-utérine prise pour une hématocèle péri-utérine.* — La discussion n'offre que le développement, par M. Gallard, de la proposition suivante : Il est impossible de différencier une grossesse extra-utérine d'une hématocèle péri-utérine, parce que le plus grand nombre des hématocèles sont de véritables grossesses extra-utérines, dans lesquelles le germe a été étouffé par

suite de l'accumulation de sang résultant de l'hémorrhagie : l'hématocèle est une ponte extra-utérine. — On connaît cette théorie de la formation de l'hématocèle.

— *Tumeur sanguine développée dans le ligament large du côté droit* par M. Besnier (Bulletin de la Société anatomique, p. 286).— Cette tumeur s'était développée chez une femme de vingt-huit ans qui n'avait jamais eu d'écoulement menstruel. — Deux ponctions : l'une à travers la paroi abdominale, l'autre par le vagin. Mort.

— *Sur les hématocèles péri-utérines*, par M. Genouville (Archives générales de médecine, octobre, p. 466). — Article de Revue critique, que M. Genouville termine par les conclusions suivantes : « Les hématocèles péri-utérines peuvent se diviser en deux classes, les hématocèles cataméniales et les hématocèles accidentelles. Les premières sont plus fréquentes que les secondes, et sont liées, comme l'indique leur nom, à des accidents de menstruation. — 2° Toutes les hématocèles sont constituées par des épanchements sanguins ayant de la tendance à s'enkyster. Les uns proviennent de la rupture d'un vaisseau sanguin ; les autres, d'une altération de l'ovaire et peut-être d'une hémorrhagie de la trompe (cette dernière source étant encore à l'état d'hypothèse). — 3° Certains phénomènes de la marche de l'hématocèle péri-utérine cataméniale sont en rapport avec les lésions trouvées à l'autopsie. — 4° Le voisinage de la tumeur amène de la gêne dans la fonction de certains organes, mais les rapports qu'elle affecte avec des cavités qui communiquent au dehors amènent un mode de guérison naturelle, qu'il nous est interdit d'imiter avec autant de bonheur que la nature. — 5° Le traitement des hématocèles, à moins que des circonstances spéciales ne se présentent, doit être borné à la médecine des symptômes et au repos le plus absolu. »

— *De quelques causes d'erreur de diagnostic dans les maladies de l'utérus*, par H. Billout (Thèses de Paris, n° 139).

— *Du varicocèle ovarien, et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine*, par M. Devalz (Thèses de Paris, n° 239). — M. Devalz donne d'abord d'excellentes notions sur les veines de l'ovaire ; il nous fait connaître anatomiquement la dilatation du plexus utéro-ovarien, à laquelle il donne le nom de *varicocèle;* les signes de cette affection sont obscurs ; mais à l'autopsie, M. Devalz a constaté l'existence de la lésion et il en tire la théorie suivante de l'hématocèle rétro-utérine : Cette affection peut se développer de deux manières principales : 1° ou bien par rupture d'une veine variqueuse ; — 2° ou bien par rupture du tissu de l'ovaire, qu'elle porte sur le tissu même de l'organe, ou sur les bourgeons charnus développés dans les

vésicules ouvertes. Dans les deux cas, les causes sont toujours les mêmes : l'état variqueux et les altérations de nutrition qu'il détermine. — Dans des cas tout à fait exceptionnels, le sang menstruel peut refluer à travers les trompes dilatées.

— *Des hématocèles intra-pelviennes*, par M. Cassagnes (Thèses inaugurales de Paris, n° 1).— Histoire abrégée de la maladie, avec trois observations.

— *De l'hématocèle rétro-utérine*, par M. Voisin (Thèses inaugurales de Paris, n° 16). — Cette thèse fait connaître d'une manière complète les diverses publications sur cette matière; on y trouve beaucoup d'observations, dont quelques-unes étaient encore inédites. L'auteur, acceptant les idées de Nélaton, reproduit les différentes opinions sans les discuter.

— *Note sur l'hématocèle péri-utérine*, par M. Nonat (Gazette hebdomadaire, p. 396). — M. Nonat déclare qu'il emploie souvent la saignée avec avantage, contrairement à l'opinion de M. Nélaton. — Il distingue l'hématocèle intra-péritonéale, pour laquelle la ponction est grave, souvent mortelle, et l'hématocèle sous-péritonéale, pour laquelle la ponction serait peu dangereuse et souvent avantageuse.

— *Observations d'hématocèles rétro-utérines*, par M. Oulmont (Union médicale, p. 266). — 1° Hématocèle rétro-utérine chez une femme de trente-sept ans ; la malade était en voie d'amélioration lorsqu'elle fut prise d'une dyssenterie grave, à laquelle elle succomba ; — 2° hématocèle rétro-utérine chez une femme de trente-huit ans, malade depuis deux mois et demi. Phlegmon diffus de la fesse ; on l'ouvre, il sort du pus et des lambeaux gangreneux ; suppuration très-abondante, affaiblissement, fièvre hectique, diarrhée colliquative. Mort.

— *Des hématocèles péri-utérines*, par J. Verdet (Thèses de Paris, n° 242). — Résumé des travaux récemment publiés sur ce sujet ; aucune observation nouvelle.

— *Phlegmon péri-utérin*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 180). — Malade âgée de trente-sept ans, souffrant depuis trois mois ; on diagnostique un phlegmon utérin ; un abcès s'ouvre dans le rectum ; la malade meurt quelque temps après. — A l'autopsie, on trouve dans le cul-de-sac rétro-utérin un abcès enkysté ouvert dans le rectum ; il y a en outre inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal de toute cette région.

— *De l'hématocèle rétro-utérine cataméniale*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 285). — Leçon clinique. M. Trousseau distingue une variété de l'hématocèle rétro-utérine, qu'il nomme *cataméniale* parce qu'elle se produit à l'époque de la menstruation, et qu'elle est susceptible de se reproduire plusieurs fois chez la même malade à diverses époques menstruelles.

— *De l'hématocèle rétro-utérine*, par M. Becquerel (Gazette

des hôpitaux, p. 161). — Leçon faite à l'hôpital ; pas d'observations; rien de particulier.

— *Remarque sur l'hématocèle,* par M. Prost (Moniteur des hôpitaux, p. 389). — M. Prost fait connaître les opinions de M. Nonat sur cette question, et insiste surtout sur le siége intra-péritonéal ou sous-péritonéal des tumeurs sanguines : « Toutes les fois que la tumeur descend dans la cloison recto-vaginale, elle est sous-péritonéale, la muqueuse vaginale présente une coloration violacée et j'ajouterai que l'utérus est porté en avant et en haut, pour peu que la tumeur soit volumineuse. Si la tumeur ne fait pas saillie dans la cloison ; si elle est volumineuse, qu'elle remonte dans le ventre, que l'utérus soit abaissé, je dis : Elle est intra-péritonéale. Mais si la tumeur a un volume médiocre, qu'elle ne fasse pas saillie dans la cloison, que la matrice soit peu déplacée en haut ou en bas, on doit rester dans le doute. »

—*Kyste tubaire et déviation de l'utérus*, par M. Guyon (Bulletin de la Société anatomique, p. 279, 1857). — La pièce présentée offre deux lésions : 1° Une distension kystique de la trompe, du volume d'un œuf de poule, indépendante de l'ovaire et de l'utérus, contenant un liquide citrin et limpide. Il ne paraissait pas y avoir de communication entre cette poche et la cavité utérine, bien qu'un crin ait pu facilement parcourir toute la longueur du canal, en traversant des mucosités épaisses. — 2° Une rétroflexion permanente du *col*, qui semblait vierge; un nodus fibreux occupait le sommet de l'angle formé entre le col et le corps, et empêchait le redressement de l'utérus. — Pas de renseignements sur les accidents observés pendant la vie.—M. *Barth* fait observer que ces hydropisies de la trompe expliquent certains écoulements limpides par la vulve, et rapporte une observation favorable à cette interprétation. — MM. *Cruveilhier* et *Houel* insistent sur la communication de ces kystes avec la cavité utérine. — MM. *Charrier*, *Guyon* et *Gallard* regardent comme peu concluants les résultats obtenus sur la position de l'utérus, observé chez les très-jeunes sujets, se basant sur la mobilité extrême de cet organe. — M. *Poisson* pense que les déplacements utérins, l'abaissement excepté, n'ont aucune influence sur le développement des symptômes morbides qu'on leur attribue et qui lui paraissent le plus ordinairement dus à la chloro-anémie.

—*De l'ovarémisme*, par M. E. Raillard (Thèses de Paris, n° 195). — L'auteur étudie quelques phénomènes de la menstruation et les désigne sous le nom d'*ovarémisme*, d'*utérémisme*, d'*uterrhémisme* et d'*anutérémisme ;* il n'y a rien de nouveau, sauf ces noms peu usités.

— *Remarques sur quelques points de l'hystérie*, par P. Rey (Thèses de Paris, n° 263).— M. Rey cite une observation curieuse d'hystérie, recueillie sur une malade dont les accès furent d'a-

bord modérés par les inhalations anésthésiques de chloroforme ; mais bientôt elle s'y habitua ; elle était d'ailleurs en proie à une sorte de sommeil, à un somnambulisme dont on ne pouvait la tirer que par ces mêmes inhalations anésthésiques : outre ces phénomènes singuliers, on observa encore de nombreuses perturbations et perversions nerveuses.

— *Ovariotomie* (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 559). — Trois articles sont publiés à la suite l'un de l'autre sur ce sujet : 1° Statistiques d'opérations pratiquées en Angleterre : M. Barnes, 13 cas ; 8 ablations complètes, 2 morts, 6 guérisons ; 5 fois l'ablation n'a pu être faite à cause d'adhérences, les malades ont guéri. M. Barnes rappelle d'autres statistiques. — R. Lee : 162 cas ; 60 fois le kyste n'a pu être enlevé, y compris 5 cas où il n'y avait pas de kyste, 19 morts ; reste 102 ablations sur lesquelles 42 morts. — Clay, de Manchester, 79 ablations ; 55 guérisons. — Atleé, de Philadelphie, 36 ablations ; 12 morts. — 2° Statistiques d'Allemagne : 61 cas, 44 ablations complètes, sur lesquelles 12 guérisons, 32 morts ; 15 opérations incomplètes à cause d'adhérences, 11 morts, 1 guérison, 3 opérations sans effet ; enfin 2 erreurs de diagnostic, sur lesquelles 1 cas de mort. — 3° Observations d'un cas à Strasbourg ; opération faite par M. Herrgott : femme de cinquante ans, kyste énorme datant de deux ans ; on incise l'abdomen et on vide plusieurs loges du kyste par des ponctions, 22 litres, kyste avec masses aréolaires ; l'opération dure une heure un quart. Mort trente-six heures après l'opération par épuisement, péritonite, plegmon pelvien. — Dans un autre cas, opération à Strasbourg, il y a quelques années ; mort quarante-huit heures après l'opération.

— *Observation d'ovarite spontanée, suivie de suppuration. — Ouverture artificielle de l'abcès au-dessus de l'arcade crurale. — Guérison*, par M. Faurès (Journal de médecine de Toulouse, janvier, et Gazette hebdomadaire, p. 547). — Femme de quarante-deux ans, mariée, mère de quatre enfants ; suppression de règles à la suite d'une promenade ; trois jours après, ovarite à droite ; abcès de la fosse iliaque descendant derrière l'arcade crurale. On ouvre l'abcès, il coule du pus pendant une vingtaine de jours, puis l'ouverture reste fistuleuse quelque temps. Guérison complète au bout de deux mois.

— *Kyste de l'ovaire gauche développé simultanément avec la grossesse, ponction simple du kyste pour faciliter l'accouchement ; seize litres et demi de liquide. Guérison radicale par une seule injection iodée*, par M. Lacroix (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 503). — La solution injectée était ainsi formulée : teinture d'iode, 150 grammes ; iodure de potassium, 4 grammes ; eau distillée, 150 grammes. On la laissa en place dix minutes en malaxant le ventre ; mais quand on voulut la faire ressortir, on

ne put extraire qu'une cuillerée environ d'un liquide incolore. Il n'y eut aucun accident, et la malade a été radicalement guérie.

— *Du cancer de l'utérus*, par M. Maringer (Thèses de Paris, nº 286).

— *Des kystes qui se développent dans les parois du vagin*, par M. Ladreit de La Charrière (Archives générales de médecine, mai, p. 528). — Ce mémoire contient plusieurs observations nouvelles ; l'auteur admet que les kystes se développent ou dans les follicules, ou dans le tissu cellulaire péri-vaginal, soit à la suite d'inflammation, soit par accumulation de liquide dans une bourse séreuse de nouvelle formation (hygroma). — La symptomatologie ne présente rien de particulier. — Traitement par les injections de teinture d'iode ou l'excision.

— *Kyste sébacé de la petite lèvre*, par M. Panas (Bulletin de la Société anatomique, p. 47). — Ce kyste a été enlevé chez une vieille femme, qui le portait depuis une douzaine d'années.

— *Incontinence nocturne d'urine chez l'adulte*, par M. Collin (le Progrès, t. II, p. 312). — Deux observations de guérison par l'hydrothérapie.

— *Observation d'un cas de gangrène de la vulve observé à l'hôpital de Nîmes, suivie de quelques considérations relatives à l'étiologie et au mode de développement de cette maladie*, par M. Gachou (Revue thérapeutique du Midi, p. 181).

— *Kyste de l'ovaire à marche aiguë.— Ponction palliative. — Guérison*, par M. Calvy (Union médicale, p. 601). — Femme de trente-six ans, kyste ovarique à droite. Ponction, 150 grammes de sérosité citrine, puis un peu de sang. On fait prendre à la malade, qui avait des antécédents syphilitiques, de l'iodure de potassium dont la dose fut portée à 3 grammes. Le ventre diminua ensuite peu à peu, et la guérison arriva à être complète. La malade a été revue depuis à plusieurs reprises.

— *Trois nouvelles observations de kystes de l'ovaire*, par M. Warin (Gazette des hôpitaux, p. 444).

— *Kyste du ligament large droit*, par M. Gibert (Bulletin de la Société anatomique, p. 268).

— *Cancer de l'ovaire droit.—Péritonite.—Mort*, par M. Gellé (Bulletin de la Société anatomique, p. 188).

— *Kyste pileux de l'ovaire*, par M. Wieland (Bulletin de la Société anatomique, p. 4). — Description anatomique.

— *Des kystes pileux de l'ovaire*, par M. Derocque (Thèses de Paris, nº 122). — Très-bonne thèse, faite avec soin ; l'auteur a réuni un grand nombre d'observations de kystes pileux de l'ovaire, et même de quelques autres régions, et les a mises à profit pour donner une bonne description de cette affection.

— *Des phénomènes qui président au développement de l'ovule chez la mère*, par M. Thonion (Thèses de Paris, n° 208).

— *Kyste uniloculaire de l'ovaire*, par M. Fleury (le Progrès, t. II, p. 261). — Observation de guérison par la ponction suivie d'injection iodée.

— *Mort à la suite de la paracentèse d'un kyste de l'ovaire* (Revue étrangère, p. 111).

— *Double hernie de l'ovaire*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 295). — Petite fille de trois ans portant deux tumeurs inguinales dont la première a été reconnue il y a six mois. Il pense que ce sont des hernies des ovaires : cet avis est partagé par plusieurs membres de la Société de chirurgie qui examinent l'enfant. M. Guersant pense qu'il ne faut pas intervenir ; il y a sept ou huit ans, il voulut enlever une tumeur comme celles-ci ; il reconnut que c'était un ovaire. Le péritoine avait été intéressé, et l'enfant succomba. — La fin de cette observation est adressée à la Société de chirurgie par M. Demonchaux (Gazette des hôpitaux, p. 487). — L'enfant ayant succombé, on reconnut que les tumeurs étaient réellement formées par les ovaires herniés, que ces organes étaient envahis par une dégénérescence encéphaloïde ; la même lésion organique se rencontrait également sur l'épiploon. — Il n'y a pas d'utérus.

— *Essai sur quelques modes de traitement des affections de l'utérus, et en particulier sur l'emploi du gaz acide carbonique*, par E. Lejuge (Thèses de Paris, n° 184).

— *De la pelvipéritonite chez les femmes*, par A. Lacourtiade (Thèses de Paris, n° 177).

— *Des ulcérations simples du col de la matrice, et de leur traitement*, par F. Padilla (Thèses de Paris, n° 79).

— *De la rétroversion de l'utérus* (*spécialement de la rétroversion vers quatre mois et demi de grossesse*), par E. Godefroy (Thèses de Paris, n° 86).

— *Péritonite, après une cautérisation de l'utérus au fer rouge*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 520). — Malade de vingt-huit ans, affectée de polype de l'utérus gros comme un œuf ; ablation à l'aide de l'écraseur linéaire. Il restait une partie du pédicule grosse comme une noisette. M. Broca la cautérisa avec le fer rouge. Trois jours après, la malade succomba à une péritonite diffuse.

— *Amputation du col de l'utérus par l'écrasement linéaire*, par M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 307). — Ablation d'une tumeur fongueuse qui donnait lieu à des hémorrhagies très-abondantes : section par l'écrasement linéaire en vingt minutes ; pas d'hémorrhagie ni d'accidents. Guérison. — La tumeur a été examinée par M. Verneuil : c'était une hyperthrophie papillaire,

limitée à la muqueuse du museau de tanche et ne se prolongeant point dans la cavité du col.

— *De l'amputation du col de l'utérus, dans le prolapsus de cet organe*, par M. Mayer (Monatssch. für Geburtsk et Gazette hebdomadaire, p. 283). — L'auteur fait cette amputation avec le bistouri, qu'il préfère à l'écraseur linéaire; l'hémorrhagie est arrêtée, s'il y a lieu, avec le cautère actuel. L'auteur cite trois cas dans lesquels il y a eu guérison presque complète.

— *Note sur l'allongement hypertrophique de l'utérus, et plus particulièrement de son col, dans l'affection improprement désignée sous les noms de prolapsus, de précipitation de la matrice, et sur son traitement par l'ablation du col utérin ou de la partie inférieure de l'organe, suivant le degré de l'affection*, par M. Huguier (Gazette hebdomadaire, p. 349). — « ..... Je songeai à pratiquer une opération plus radicale, qui remplît à elle seule presque toutes les indications, opération qui consisterait à enlever la totalité de la hauteur du col, la partie inférieure du corps de l'utérus, et même, au besoin, à évider la portion de cet organe restée en place, après avoir préalablement décollé la vessie de la partie qui devait être enlevée. »

— *Affection hydatique de l'utérus compliquée d'albuminurie.— Albuminométrie*, par M. Hamon (Gazette des hôpitaux, p. 494). — Femme âgée de quarante-deux ans; cinq grossesses; hémorrhagies utérines; abdomen et utérus développés; on ne trouve pas de signes de grossesse. Par le toucher, on sent dans le col une masse arrondie; en voulant gratter la surface, une poche se rompt et donne issue à des hydatides. M. Hamon prescrit 2 grammes de seigle ergoté et, après une heure de violentes contractions, la malade rend une masse hydatique grosse comme une tête de fœtus à terme. Guérison rapide. La malade était atteinte d'une albuminurie qui a guéri spontanément après l'expulsion de la masse hydatique. Il signale un mode d'albuminométrie qui est déjà connu et n'offre pas de grands avantages.

— *Observation de rétroversion de l'utérus*, par M. Pingault (Gazette des hôpitaux, p. 507). — Malade âgée de trente-six ans parvenue au cinquième mois de sa cinquième grossesse; l'utérus était renversé en arrière dans la concavité du sacrum. On put le dégager en tirant le col en bas et en arrière, en même temps que par le rectum on poussait en avant le sommet de l'utérus. La malade garda le lit pendant un mois; l'utérus se développa et n'eut plus de tendance à se renverser en arrière.

— *De la névralgie utérine*, par M. Becquerel (Gazette des hôpitaux, p. 186). — M. Becquerel approuve les traitements conseillés par M. Cruveilhier : introduire dans le vagin un mélange de farine de lin et d'opium qu'on laisse en place pendant douze heures; et par M. Aran : verser dans le vagin 50 à 100 gouttes

de laudanum et y jeter de la poudre d'amidon qui forme, avec le laudanum, un magma qu'on laisse en place. — M. Becquerel conseille d'introduire dans le col utérin un cône formé d'un mélange d'eau, d'huile de ricin, de tannin et de gomme adragante : on réitère ces applications tous les trois ou quatre jours. On peut de même employer les préparations d'opium et de belladone.

— *Observations pratiques sur les polypes utérins*, par M. Rob. Johns (the Dubl. quart. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 123). — Il s'agit d'une femme qui portait deux polypes utérins qui, tous deux, à certaines époques, devenaient saillants dans le col, puis entraient complétement dans la cavité utérine, de manière qu'il était alors impossible d'en soupçonner l'existence. — Guérison après la ligature.

— *Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine et sur leur traitement par l'abrasion et la cautérisation*, par M. Rouyer (Thèse inaugurale de Paris). — Cette thèse reproduit particulièrement les idées et la pratique de M. Nélaton sur cette affection. Dans le chapitre de l'anatomie pathologique, l'auteur décrit avec soin les lambeaux de la muqueuse ramollie et les granulations, qui ont fait donner à cette maladie le nom de *métrite granuleuse*, dénomination que n'approuve pas M. Rouyer. — Les principaux symptômes sont les douleurs et la métrorrhagie. — Le traitement chirurgical seul peut avoir du succès, il consiste dans l'abrasion ou raclage avec la curette utérine de Récamier, suivie dans certains cas de la cautérisation de la cavité de l'utérus. « Cette opération ne devra être faite qu'après une exploration attentive de l'utérus et des ovaires ; elle devra être pratiquée lentement et avec la plus grande douceur, le tissu de l'utérus étant quelquefois ramolli ; ce traitement ne donne lieu à aucun accident ; il a toujours été suivi de la guérison. »

— *Affaissement de l'utérus, maladie non décrite*, par M. Rigby (Med. Times and Gaz., avril, et Gazette hebdomadaire, p. 661). — L'utérus, sous l'influence du poids des intestins, son tissu étant ramolli d'ailleurs, s'affaisse sur lui-même ; son diamètre vertical diminue ; le diamètre transversal augmente. Douleurs, hémorrhagie, troubles digestifs. Traitement : toniques, injections de pavot, d'eau blanche, puis astringentes. Amélioration chez deux malades.

— *Traitement du prolapsus par les applications locales de tannin*, par M. Kunkler (the North. Amer. med.-chir. Review et Gazette hebdomadaire, p. 283). — On réduit l'utérus et on introduit par sa grosse extrémité dans le vagin un cône de toile trempé dans une solution froide de tannin (30 grammes pour 250 grammes d'eau) ; on renouvelle tous les jours. — Deux guérisons complètes et une incomplète.

— *Quelques mots sur l'engorgement du col utérin*, par M. J. Amiaud (Thèses de Paris, nº 213).

— *Note sur l'emploi des lavements purgatifs dans le traitement du catarrhe utérin*, par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, p. 193). — M. Aran dit avoir obtenu un certain nombre de guérisons par l'emploi de ces lavements ; lavements d'aloès souvent répétés dans un court espace de temps, d'autant plus efficaces que le catarrhe utérin s'éloigne davantage de la période inflammatoire. Les lavements ne sont pas aussi efficaces que les purgatifs donnés par la bouche : la scammonée, le jalap, l'huile de ricin, l'huile de croton perdent presque toute leur action quand on les administre en lavements; l'aloès, la rhubarbe, les substances salines conservent une grande partie de leur action, mais à des doses plus fortes que celles qui pourraient être administrées par l'estomac.

— *D'un nouveau symptôme de la rupture de l'utérus*, par M. Mac Clintock (Bulletin de thérapeutique, p. 280). — Ce symptôme est un état emphysémateux du tissu cellulaire sous-tégumentaire de l'abdomen. Il fut reconnu par l'auteur, au moment où il appliquait le stéthoscope sur l'abdomen pour écouter les bruits du cœur du fœtus; il sentit alors une crépitation forte et distincte. La femme mourut, et on trouva le ligament large gauche emphysémateux ; la crevasse était à gauche à l'union du corps et du col de l'utérus.

— *Etudes sur les lésions phlegmasiques du col de la matrice*, par Ch. Baranger (Thèses de Paris, nº 211).

— *Les pessaires, dans l'état actuel de la science, doivent-ils être regardés comme opportuns dans le traitement des déplacements utérins?* par M. Clément Ollivier (Gazette des hôpitaux, p. 363).—L'auteur conclut par la négative et préfère aux pessaires les applications de sangsues sur le col utérin.

— *Sur les érosions blennorrhagiques et syphilitiques de la portion vaginale de l'utérus et sur leur traitement*, par M. Dawoski (Gazette médicale, p. 631). — Deux formes d'érosions blennorrhagiques, une forme d'érosion syphilitique. Les premières sont traitées par la cautérisation au nitrate d'argent. On cautérise également les érosions syphilitiques, si elles sont récentes; on fait en outre prendre du mercure à petites doses, si elles sont anciennes.

— *Position de la matrice entre la vessie et la paroi abdominale*, par M. Hoppe (Gazette médicale, p. 649). — Le fond de l'utérus, examiné treize semaines après l'accouchement, s'était tellement incliné par-dessus la vessie qu'il formait une tumeur située directement sous la peau de la région inférieure de l'abdomen. M. Hoppe pense que ce changement de position a été déterminé par un accès de toux.

— *Application de vésicatoires sur le col utérin pour la cure des affections de la matrice*, par M. Robert Johns (Gazette médicale, p. 644). — M. Johns, après avoir essuyé les mucosités, badigeonne le col avec un pinceau de poils de chameau, trempé dans une solution concentrée de cantharides par l'éther sulfurique, mêlée avec une solution de gutta-percha dans le chloroforme. On passe le pinceau deux ou trois fois. Jamais de strangurie ; on peut recommencer le sixième jour.

— *Observation d'un cancer de l'utérus*, par M. H. Bonnet (Moniteur des hôpitaux, p. 1213).

— *Deux cas d'hémorrhagie utérine traités avec succès par la transfusion du sang*, par le docteur Wheatcoft (Union médicale, p. 467 ; voir aussi p. 3). — Mme W***, âgée de quarante ans ; hémorrhagies à la suite de plusieurs couches ; nouvelle hémorrhagie à la suite d'un accouchement à terme ; sang pris sur le mari ; six onces sont transfusées d'abord, puis une quantité égale, puis encore une troisième fois six onces. Guérison. — Mme B***, hémorrhagie très-abondante au troisième mois d'une grossesse ; on a recours à la transfusion et on injecte d'abord dix onces de sang, puis six, puis encore six. Guérison.

— *Hémorrhagie utérine à la suite de couches. — Lipothymie. — Mort imminente. — Action rapide et efficace des lavements de vin de Porto*, par M. le docteur Williams (Gazette des hôpitaux, p. 600). — L'auteur injecta dans le rectum 125 grammes de vin de Porto avec *vingt gouttes de teinture d'opium;* l'effet de ce traitement fut très-heureux dans un très-bref délai. Vingt minutes après, nouveau lavement ; un troisième une demi-heure après. La malade a guéri.

— *Observation d'un cas d'hémorrhagie utérine incoercible*, par M. Obre (Gazette médicale, p. 596). — Jeune fille de quatorze ans et trois mois, chez laquelle la menstruation se manifesta par une hémorrhagie non interrompue : on allait essayer la transfusion ; on consulta un magnétiseur ; la malade mourut dans les entrefaites. — A l'autopsie on trouve la muqueuse utérine extrêmement ramollie, pâle, détachée du tissu musculaire, présentant quelques ecchymoses. Viscères exsangues.

— *Métrorrhagie passive promptement arrêtée par la poudre de rue et de sabine*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 562). — Ménorrhagie datant de cinq jours se reproduisant pour la troisième fois. Guérison après trois pilules de rue de 5 centigrammes chaque, une matin et soir. M. Beau donne habituellement les pilules suivantes : poudre de rue, poudre de sabine, āā, 0,05 centigrammes, sirop, q. s. Prendre une pilule matin et soir.

— *De l'emploi des injections astringentes dans la cavité utérine comme moyen de traitement des hémorrhagies rebelles* (Bulletin de thérapeutique, p. 372). — 1° Observation de mé-

trorrhagie datant de plusieurs mois; accidents graves d'anémie et d'épuisement ; injection d'acide gallique (12 grammes d'une solution de 1gr,25 dans 30 grammes d'eau); on fait prendre à la malade, toutes les quatre heures, une infusion de seigle ergoté. Guérison, M. West. — 2° Hémorrhagies utérines répétées chez une femme affectée de rétroversion et de polypes muqueux ; extirpation des polypes, persistance de l'hémorrhagie pendant sept mois; injection de perchlorure de fer dans la cavité utérine (45 grammes de perchlorure mêlés à une quantité égale d'eau). Guérison, M. Breslau.

— *Maladies de l'utérus et de ses annexes* (*Coup d'œil sur la thérapeutique générale des*), par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, p. 337). — C'est un extrait des leçons de M. Aran sur les affections utérines, ouvrage en partie publié depuis.

— *Polype fibreux de la matrice. — Arrachement facilité par l'emploi d'un traitement médicamenteux*, par M. Beck (Bulletin de thérapeutique, p. 520). — Ce traitement a consisté à faire prendre à la malade de la belladone et du seigle ergoté, après avoir incisé le col, la belladone était destinée à faciliter la dilatation du col, et le seigle ergoté à amener la contraction du corps et du fond de l'utérus.

— *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, par M. de Scanzoni, traduit par MM. Dor et Socin (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, XII-564 pages).

— *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, par M. Aran, recueillies par M. Gauchet (1re partie, Paris, Labé ; in-8°, VIII-320 pages). — Nous attendrons, pour analyser cet ouvrage, qu'il ait été publié en entier.

— *Considérations sur l'amputation du col de l'utérus, par l'écraseur linéaire*, par M. Charnal (Moniteur des hôpitaux, p. 102 ; Paris, imprimerie Dubuisson ; in-8°, 12 pages). — L'amputation du col utérin peut rendre de très-grands services, soit comme opération curative, soit comme opération palliative et destinée seulement à prolonger l'existence des malades. On peut y avoir recours pour détruire les affections cancéreuses encore limitées au col et ne s'accompagnant ni d'engorgements dans l'utérus ou le bassin, ni de symptômes de diathèse cancéreuse ; pour enlever les tumeurs cancroïdiennes et cette variété d'hypertrophie décrite sous le nom d'*hypertrophie glandulaire;* ou bien encore pour combattre le prolapsus utérin lorsque celui-ci est accompagné d'une hypertrophie considérable du col. Enfin, le procédé décrit par M. Chassaignac sous le nom d'*écrasement linéaire* trouve ici une de ses bonnes et heureuses applications, puisqu'il semble présenter des garanties sérieuses contre des accidents dont chacun s'accorde à reconnaître la fréquence et la gravité.

— *Mémoire sur la possibilité d'enlever les polypes fibreux de la matrice avec la totalité de leur pédicule*, par M. Marie (Académie de médecine, 5 janvier). — D'après l'auteur, voici ce procédé : « Introduction d'un spéculum bivalve, saisie du polype par la pince de Museux, abaissement de l'utérus, section circulaire du fourreau stipal aussi haut que possible, éradication par traction oblique, rompant de la circonférence au centre les fibrilles de la surface interne, tandis que l'ongle formera, en la repoussant, la portion errante de la gaîne. » L'auteur donne à son procédé le nom *d'éradication du pédicule décortiqué.*

— *Déviations utérines, leur traitement par l'emploi du pessaire utéro-périnéal*, par M. Piorry (le Progrès, t. II, p. 485).

— *Du traitement des hémorrhagies utérines avant, pendant et après le travail de l'accouchement*, par M. Lansiaux (Thèses de Paris, n° 29).

— *Essai sur les moyens chirurgicaux employés pour la cure radicale du prolapsus de l'utérus et sur l'épisioraphie en particulier*, par M. Berdot (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Emploi avec succès de l'écrasement linéaire pour l'extirpation d'un polype de l'utérus*, par M. Eireiner (Aerztl. Int. Blatt, et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 127).

— *De l'inflammation du col de l'utérus*, par M. Laurens (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1857).

— *Des paralysies sympathiques des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par Vallin (Thèses de Paris, n° 33).

— *De l'ulcération du col de l'utérus, suite d'accouchement*, par M. Rivière (Thèses de Paris, n° 127). — Rien de particulier relativement à ces ulcérations ; on les traite absolument comme toutes les ulcérations du col utérin en général. Aucune observation.

— *Bride fibreuse de l'utérus*, par M. Brongniart (Bulletin de la Société anatomique, p. 2). — Chez une femme morte de péritonite, à la suite de couches, l'auteur a trouvé une bride fibreuse, parallèle au ligament rond, partant de l'utérus pour s'insérer aux parois de l'excavation pelvienne. Cette bride et le ligament rond circonscrivent un orifice dans lequel une anse intestinale aurait pu s'étrangler.

— *Abcès antéutérin*, par M. E. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 231).

— *Du soulèvement et de la cautérisation profonde du cul-de-sac rétro-utérin dans les rétroversions de la matrice*, par M. Bonnet (Gazette médicale de Lyon, p. 30). — La cautérisation est faite avec le chlorure de zinc, au moyen d'instruments particuliers. Cette opération a été pratiquée dix-sept fois. La durée de l'application du caustique a varié de huit à vingt-quatre heures.

Dans aucun cas il ne s'est manifesté des symptômes graves ayant empêché les malades de se rétablir. En présence de ces faits, il est permis de penser que notre méthode, par laquelle l'on agit jusque sur les annexes de la matrice et l'on assure par des cicatrices la fixité de cet organe, ouvre à la thérapeutique une voie qui ne sera pas parcourue sans un notable avantage.

— *Utérus (Renversement complet de l') réduit d'après la méthode arabe*, par M. Castex (Bulletin de thérapeutique, p. 280). — On raconta le fait à M. Castex qui avait essayé inutilement la réduction par les procédés généralement employés : deux hommes ayant saisi la patiente par les pieds la maintinrent la tête en bas ; pendant ce temps une matrone mauresque versa sur la tumeur une bouteille d'huile et réduisit la tumeur par des pressions manuelles. La femme opérée ainsi mourut d'une métro-péritonite des plus intenses.

— *Névralgie périodique de l'utérus et de ses annexes. — Périodicité quotidienne et périodicité annuelle*, par M. Fabre (Gazette médicale de Lyon, p. 244). — L'auteur dit avoir guéri cette affection en trois jours par le valérianate de quinine à la dose de 40, puis de 50 centigrammes.

— *Du tamponnement du vagin et d'une nouvelle manière de le pratiquer*, par M. Montanier (Gazette des hôpitaux, p. 446). — M. Montanier se sert d'un pessaire à air en caoutchouc ; on adapte par-dessus une sorte de chemise en toile, et enfin, par-dessus celle-ci, une lamelle d'éponge de 4 à 6 centimètres d'épaisseur. On place le tampon dans le vagin et on gonfle d'air le ballon en caoutchouc. On peut imbiber l'éponge de diverses solutions médicamenteuses.

— *Prurit de la vulve*, par M. Hartmann (Bulletin de thérapeutique, p. 521). — M. Hartmann dit avoir obtenu la guérison par des lotions avec une décoction concentrée d'ellébore blanc. Le mal commença à diminuer après les premières applications et avait complétement disparu le lendemain.

— *Hémorrhagie vulvaire avec fluxion des mamelles et sécrétion lactée chez un nouveau-né*, par M. Jacob (Gazette des hôpitaux, p. 387). — Léger écoulement leucorrhéique chez une petite fille de deux jours, chétive, pesant 2 kilogrammes au plus ; puis écoulement de 2 centimètres cubes de sang ; léger engorgement des glandes mammaires avec sécrétion de quelques gouttes de sérosité lactescente. — Guérison par des injections vaginales avec de l'eau contenant quelques gouttes d'extrait de Saturne, et des lotions vulvaires froides.

— *Imperforation complète du vagin*, par MM Bouchet et Rougier (Gazette médicale de Lyon, p. 329). — M. Bouchet rapporte un cas, dans lequel la membrane hymen formait à l'entrée du vagin un diaphragme imperforé. — M. Rougier rappelle l'exem-

ple d'une femme qu'il a observée; elle était enceinte et présentait dans le vagin, à peu de distance de l'entrée, un cul-de-sac en doigt de gant, qui ne permettait pas au doigt d'aller plus loin; on pensa que l'hymen avait été refoulé et non rompu et que la fécondation avait eu lieu à travers l'ouverture naturelle de la membrane pendant un coït incomplet.

— *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*, par M. P.-A. Vauclin (Thèses de Paris, n° 21). — Résumé assez succinct des travaux récents sur cette question.

— *Nouveau spéculum*, par M. Nelson (the Lancet, février, et Gazette hebdomadaire, p. 271).

— *Pessaire enfoncé dans le cul-de-sac recto-vaginal et éliminé par le rectum*, par M. Luders (Deutsche Klinik, n° 10, et Gazette hebdomadaire, p. 391). — Une femme de cinquante ans portait un pessaire volumineux qui fut remplacé, au bout de quinze jours, par un pessaire plus petit; le lendemain celui-ci avait disparu. Douleurs vives, accidents, etc., puis, deux ans après, on reconnut que le pessaire était dans le cul-de-sac rétro-utérin. Il se forma une ulcération, puis une perforation par laquelle le pessaire passa dans le rectum. Six semaines après, la guérison était complète.

— *Cas singulier d'atrésie vulvaire*, par M. Utili (Gazette médicale, p. 721). — Femme de vingt-huit ans, mariée depuis trois ans; le coït était pratiqué dans l'urètre, extrêmement dilaté; pas d'incontinence. Le médecin fut appelé pour des accidents graves déterminés par la rétention des menstrues tenant à l'atrésie vulvaire; il incisa la tumeur et en retira huit livres de sang noir, visqueux, fétide. La malade a guéri, et depuis elle est devenue enceinte et a accouché heureusement.

— *Du fil d'argent pour les sutures chirurgicales*, par M. Marion Sims (broch., New-York). — L'auteur insiste surtout sur les fistules vésico-vaginales; il raconte qu'il a obtenu des effets merveilleux de la suture entrecoupée avec le fil d'argent. C'est au fil d'argent que sont attribués les *succès invariables* obtenus par l'auteur.

— *Fistules vaginales* (*Procédé pour opérer les*), par M. Mintura (Gazette médicale, p. 550). — On passe à travers les lèvres de la plaie une longue épingle portant à sa tête un petit disque en liége; quand elle est en place, on enfile par la pointe un autre disque en liége, et on serre ces deux disques entre les branches d'une serre-fine coudée.

— *Végétations énormes enlevées au moyen de l'écraseur linéaire,* par M. Foucher (Moniteur des hôpitaux, p. 1131). — Observation recueillie à l'hôpital de Lourcine, sur une jeune fille de dix-sept ans, sans antécédents syphilitiques, qui porte de chaque côté de la vulve une énorme végétation saillante très-vasculaire. On essaye inutilement l'acide chromique, la poudre de

Swediaur. Ablation par l'écrasement linéaire; écoulement de sang presque insignifiant. Guérison.

— *Porte-plume métallique introduit dans la vessie d'une jeune fille et devenu le noyau d'un calcul. — Taille médiane vaginale. — Fistule. — Guérison rapide par la cautérisation au fer rouge* (Bulletin de thérapeutique, p. 179). — Opération faite par M. Bouisson, à Montpellier, le 14 juillet 1858; la malade sort n'ayant plus qu'un pertuis fistuleux, le 31 juillet, et M. Bouisson a appris depuis que cette fistule était guérie complétement.

— *Rétention d'urine ayant duré six mois*, par M. Baillarger (Gazette hebdomadaire, p. 372). — Une jeune fille entra à la Salpêtrière; elle était folle et on la croyait enceinte de trois mois, les règles étaient supprimées : au bout de six semaines, elle guérit de sa maladie mentale; six autres semaines après, on fut amené à pratiquer le cathétérisme, et on retira de la vessie deux litres d'urine. A partir de ce moment les règles, supprimées depuis six mois, ont reparu.

— *Hystérie et rétention d'urine symptomatique d'une métrite interne et d'un phlegmon péri-utérin* (Gazette des hôpitaux, p. 122). — Observation recueillie dans le service de M. Nonat. Rien de particulier.

— *Cas d'hermaphroditisme latéral*, par M. Meyer (Gazette médicale, p. 459). — Description longue et accompagnée de dessins; on résume ce fait en ces termes : l'auteur regarde ce cas comme une anomalie des organes sexuels mâles, avec existence d'un ovaire remplaçant le testicule manquant.

— *De l'évidement des os comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions et d'éviter les amputations*, par M. Sédillot (Archives des sciences, 1er mars). — L'auteur, après avoir posé les inconvénients et les dangers attachés aux procédés ordinaires de résection avec conservation du périoste, s'exprime en ces termes : « Dans le but d'éviter ces inconvénients et ces dangers, nous avons depuis longtemps adopté un autre procédé, qui réalise d'une manière simple et facile l'indication si nettement posée par M. Flourens, de reproduire l'os par le périoste conservé. Il suffit d'évider les os et d'en laisser intacte la couche extérieure ou corticale. Cette couche est absorbée plus tard et remplacée par un nouvel os, qui acquiert chaque jour plus de volume et de force, et représente les formes régulières de l'ancien os, puisque le périoste n'a pas été atteint ni modifié; les accidents sont nuls ou très-légers, et les fonctions du membre ne sont même pas compromises. » — Voici le procédé qui a été suivi : une première incision est pratiquée sur toute la longueur de l'os malade à la partie la plus superficielle du membre et la plus éloignée des gros troncs vasculaires et nerveux. Deux autres incisions, comprenant le cinquième environ de la circonférence du mem-

bre, tombent à angle droit sur les extrémités de la première, et servent à former deux lambeaux latéraux. Ceux-ci, renversés de chaque côté, doivent contenir la portion du périoste subjacente. L'os ainsi mis à nu est immédiatement attaqué avec la gouge, le ciseau et le maillet. On emploie la gouge pour l'évidement, et le ciseau pour la section des ponts osseux et pour la régularisation des bords de la plaie. On pénètre dans le canal médullaire, on le creuse, on l'évide, on le régularise, et on réduit l'os à une sorte de coque mince, que l'on remplit de charpie; la plaie des parties molles est pansée à plat. — Les avantages de ce procédé sont aisés à concevoir. Le périoste reste intact et n'est nullement déformé. L'opération est d'une exécution facile; l'hémorrhagie n'est pas à redouter, les vaisseaux ouverts étant accessibles et liés sur-le-champ; la surface osseuse conservée peut être cautérisée ou tamponnée selon les indications. Les attaches musculaires ne souffrent pas; la plaie restant béante ne retient ni le plasma, ni la sérosité, ni le pus, et ces liquides trouvent toujours une issue libre et ne se vicient pas. L'inflammation ne saurait s'étendre au membre, et ne dépasse pas les surfaces traumatiques. Les lymphites, les phlegmons diffus, les pyohémies, les infections putrides ne sont pas à craindre; la plaie reste simple, et marche sans accidents vers la guérison. — L'évidement des os est applicable aux hyperostoses suppurées, et souvent compliquées de nombreuses fistules communiquant avec le canal médullaire; aux ostéites condensantes et raréfiantes, comme les nommait Gerdy; aux caries entretenues par des sequestres ou d'autres corps étrangers; à certaines tumeurs blanches dépendant d'une altération des os, et nous sommes même persuadé que l'évidement des extrémités du fémur et du tibia dans les arthrites graves du genou l'emporterait beaucoup sur la résection de cette jointure et sur l'amputation de la cuisse.

— *Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os après les résections. — De la conservation du périoste. — Résections sous-périostées. — De la conservation de la couche osseuse périphérique. — Evidement des os*, par M. Ollier (Gazette hebdomadaire, p. 572). — Ce travail de M. Ollier a été suivi, en 1859, de plusieurs communications qui se complètent. Nous en ferons connaître l'ensemble dans notre prochain volume.

— *Moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures*, par M. Morel-Lavallée (Archives de médecine, 27 juillet). — Ce moyen consiste à établir un appareil inamovible, présentant au niveau de chaque articulation une articulation correspondante. Pour cela, il suffit, dans un appareil solidifiable ordinaire, de placer un corps gras, une couche légère d'axonge par exemple, entre deux tours de bande superposés.

— *Appareils polydactyles à chevilles mobiles*, par M. J. Roux

(Académie de médecine, 8 octobre). — Ces appareils, de formes et de dimensions différentes, suivant qu'ils s'appliquent au tronc ou aux extrémités, se composent de planchettes solides, criblées de trous, d'un coussin en coton, au besoin d'une toile cirée ou d'une pièce de caoutchouc vulcanisé. — En tournant les trois quarts de la circonférence du membre, la partie fracturée y est fixée à l'aide de chevilles nombreuses, qui en dessinent les contours et agissent à la manière de simples tuteurs.

— *Fracture du frontal par enfoncement. — Abcès consécutif du cerveau. — Trépanation. — Mort*, par M. Lejeune (Moniteur des hôpitaux, p. 1130).

— *Chute sur l'occiput. — Fracture du crâne par contre-coup. — Rupture de l'une des veines du diploé, et déchirure de la dure-mère. — Vaste épanchement dans la cavité arachnoïdienne. — Mort trois heures après l'accident*, par M. Perrin (Bulletin de la Société anatomique, p. 378, 1857). — Fêlure intéressant le pariétal droit et le frontal. La solution de continuité commençait en arrière, à 3 centimètres du point que l'ecchymose désignait comme le point percuté. Dans les quatre sixièmes de l'étendue de cette fêlure, les os présentent un écartement notable; aux deux extrémités, au contraire, la fracture n'est indiquée que par une ligne à peine perceptible. Pour M. Perrin, c'est un type de fracture par contre-coup. — M. *Trélat* explique l'écartement plus considérable des deux bords de la fracture vers la partie moyenne de la voûte du crâne, par la forme sphéroïdale de la tête : il se passe là ce qu'on observe lorsqu'on a fendu une orange et qu'on vient à la presser ; la fente s'ouvre en présentant au milieu son maximum d'ouverture. Le commencement de la fracture, dans le cas de M. Perrin, n'est pas assez distant du point d'application du choc pour qu'on puisse affirmer que la fracture n'a pas été directe.

— *Fracture comminutive de l'occipital, avec pénétration des fragments. — Terminaison heureuse* (Moniteur des hôpitaux, p. 1157).

— *Fracture du crâne avec enfoncement des fragments*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 333).

— *Fracture du crâne. — Fracture des côtes. — Contusion centrale du poumon*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 344). — L'auteur appelle l'attention sur la contusion du poumon, contusion indépendante du voisinage des côtes fracturées. Le poumon s'est déchiré par le même mécanisme que les masses solides.

— *Fracture de la base du crâne. — Guérison*, par M. Bauchet (Gazette des hôpitaux, p. 607). — Exemple de guérison, à la suite d'une fracture de l'orbite et du rocher.

— *De l'emploi d'une nouvelle fronde élastique pour le traite-*

ment des fractures de la mâchoire inférieure, par M. Bouisson (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 13). — C'est une fronde à chefs élastiques (ressorts à boudin ou caoutchouc vulcanisé). Cet appareil, très-simple, peut répondre à beaucoup d'indications, dans les fractures simples ou compliquées de la mâchoire.

— *Fracture consolidée de la douzième vertèbre dorsale, avec déviation du rachis, sans paralysie*, par M. Leven (Bulletin de la Société anatomique, p. 292, 1857).

— *Sur plusieurs cas de fractures ou de blessures de la colonne vertébrale* (Union médicale, p. 451). — Cet article, emprunté à un journal anglais, contient trois observations : 1° une fracture de la colonne vertébrale à la partie inférieure de la région dorsale; guérison ; — 2° fracture de la colonne vertébrale ; mort survenue par une autre cause, sept mois après l'accident; — 3° blessure de la colonne vertébrale ; guérison.

— *Fracture et luxation de la colonne vertébrale. — Rupture complète de la moelle. — Paraplégie. — Troubles de la sécrétion urinaire. — Lésions des reins. — Mort*, par M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 290).

— *Des appareils de mouvement dans les déviations de la taille et les dyspnées qui en sont la conséquence*, par M. Bonnet (Académie de médecine, 17 août). — L'auteur cherche à démontrer que si un grand nombre de déformations de la taille demeurent incurables, c'est que les parties malades restent dans une immobilité presque complète et s'ankylosent. — Pour rendre un jeu libre aux articulations de la colonne vertébrale, il faut faire mouvoir avec persévérance les os dont le jeu est ralenti ou supprimé. — Il a donc fait construire, pour les tailles déviées, deux espèces d'appareils. — Les uns tendent uniquement à faire cesser la torsion vicieuse du thorax; les autres ont pour effet simultané de combattre cette torsion, et de redresser les incurvations latérales de la poitrine. Quelle que soit la disposition que l'on adopte, l'essentiel est de faire agir le levier par pressions intermittentes répétées aussi souvent que les efforts d'expiration. — Lorsqu'on exécute cette manœuvre, on voit, si l'ankylose n'est pas complète, la série des apophyses épineuses former une courbe moins prononcée, arriver à la ligne droite ou même s'infléchir en sens inverse ; la taille s'allonge momentanément, et cet allongement peut aller jusqu'à 1 et même 2 centimètres dans les premiers moments qui suivent une séance d'un quart d'heure à une demi-heure.

— *Double fracture avec luxation du sternum. — Fractures du radius droit, de la jambe gauche*, etc., par M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 305, 1857). — Homme de vingt-sept ans, pris sous un éboulement de caisses. Plusieurs lésions; mort d'infection purulente. La poignée du sternum est complète-

ment luxée en avant du corps de l'os, qui est légèrement engagé sous la partie supérieure. — Fractures transversales de la première pièce et du corps de l'os ; abcès considérable sur la face postérieure du sternum.

— *Fracture du sternum dans le travail de l'accouchement*, par MM. Succheti et Posta (Gazette médicale, p. 358). — Une observation. Guérison.

— *Fracture du cartilage de la quatrième côte*, par M. Petit (Gazette des hôpitaux, p. 568). — On a fait la compression de la partie supérieure de la poitrine au moyen d'un gilet en forte flanelle. Guérison.

— *Fracture, double sur chacun des huitième et neuvième cartilages costaux*, par M. Cavasse (Bulletin de la Société anatomique, p. 369, 1857). — Voir l'*Annuaire*, t. I, p. 78.

— *Ecrasement de la poitrine. — Fractures multiples du sternum et de presque toutes les côtes. — Rupture du cœur*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 296).

— *Sur une forme rare de fracture de la clavicule*, par M. Doumic (Union médicale, p. 315). — Cette fracture, rare chez l'adulte, plus fréquente chez l'enfant, se fait en rave ; le périoste est conservé et il n'y a pas de déplacement.

— *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus mal traitée. — Opération. — Guérison*, par M. Toland (Charlest. med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 163). — Le fragment supérieur de l'humérus faisait saillie en dehors du tendon du biceps. — On ne fit pas la réduction ; gêne des mouvements. Le chirurgien, plus tard, fit une resection couronnée de succès.

— *Fracture comminutive du tiers supérieur de l'humérus gauche* (Gazette des hôpitaux, p. 511). — Il y avait écrasement de la tête humérale et plaie pénétrante de l'articulation de l'épaule. Resection de la tête et du corps de l'humérus dans une étendue de 17 centimètres. Guérison.

— *Fracture du bras*, par M. Bauchet (Gazette des hôpitaux, p. 596). — Cette fracture est un exemple de fracture spiroïde et cunéenne ; elle a été produite par le poids du corps et les contractions musculaires ; accidents qui nécessitent l'amputation du bras ; mort.

— *Fracture du cubitus et du radius. — Plaie. — Sortie des fragments. — Blessure des artères radiale et cubitale. — Guérison*, par M. Secretain (Moniteur des hôpitaux, p. 35).

— *Fracture de l'extrémité inférieure du radius, au soixante-unième jour après l'accident*, par M. Devalz (Bulletin de la Société anatomique, p. 279, 1857). — Sur cette pièce on remarque une pénétration très-évidente des deux fragments ; le fragment supérieur est porté en avant, l'inférieur en arrière ; il y a là déplacement suivant la longueur et suivant l'épaisseur.

— *Nouvel appareil pour le traitement des fractures du col du fémur*, par M. Asson (Gazette médicale, p. 375). — C'est une espèce de ceinture fixée au bassin ; deux attelles en fer y prennent un point d'appui et peuvent se souder à volonté, de manière à former un double plan incliné.

— *Fracture de l'extrémité inférieure du fémur*, par M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 60). — Cette fracture, siégeant au quart inférieur du fémur, est compliquée de fracture intercondylienne. On peut penser que la fracture verticale a été produite par la pointe du fragment supérieur du fémur, agissant sur le fragment inférieur et le faisant éclater à la manière d'un coin.

— *Fractures du col du fémur*, par M. Houel (Gazette des hôpitaux, p. 60). — Courte discussion, à propos d'une pièce, sur la fréquence relative des fractures intra et extracapsulaires.

— *Fracture du col du fémur*, par M. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 128). — Une observation chez un vieillard de soixante-douze ans.

— *Fracture spontanée des os cancéreux*, par M. Richet (Gazette des hôpitaux, p. 308). — Une femme de quarante-cinq ans se brise le fémur, en faisant un mouvement dans son lit. M. Richet soupçonne un cancer, découvre dans le sein une tumeur de cette nature. L'autopsie a confirmé le diagnostic.

— *Fracture spontanée de la cuisse*, par M. Robert (Union médicale, p. 354). — Cette fracture est survenue chez un homme chez lequel se développait un ostéosarcome qui a envahi non-seulement le fémur, mais encore la clavicule. On emploie les préparations arsenicales. Suites non connues.

— *Séparation de la jambe d'avec la cuisse. — Lésion étendue du nerf sciatique. — Fracture du fémur. — Fracture du bassin. — Déchirure de la vessie. — Amputation. — Mort*, par M. Pollok (Association medic. Journal et Gazette médicale, p. 101).

— *De l'application de la pointe métallique dans les fractures obliques de la jambe*, par C. Dubreuil (Thèses de Paris, nº 137).

— *Traitement des fractures obliques du membre inférieur par un nouvel appareil à extension*, par M. Dumreicher (Prag. Viert. et Gazette hebdomadaire, p. 128). — Cet appareil se compose de deux parties essentielles : un plan oblique sur lequel sont fixés deux rails de fer, et une gouttière de fer-blanc dans laquelle repose le membre fracturé. Cette gouttière est montée sur quatre roues qui roulent sur les deux rails. Les roues sont d'inégale hauteur, de manière que le membre soit dans une position horizontale.

— *Fracture en V du tibia*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 63). — Cette fracture était compliquée de plaie et d'emphysème; la lésion osseuse montre, suivant l'opi-

nion de M. Gosselin, que la disposition en V de la fracture du tibia favorise la production des grandes fissures.

—*Fracture en* V *du tibia*, par M. Deguise (Gazette des hôpitaux, p. 132). — Fracture avec fêlure du fragment inférieur. Difficulté de maintenir les fragments, qu'on est obligé de reséquer. Accidents inflammatoires. Amputation de la cuisse.

— *Fractures en coin du tibia*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 88). — Nouvel exemple avec fêlure.

— *Fracture par écrasement de l'extrémité inférieure du tibia*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 88). — Chute; écrasement du tibia en quatre fragments articulaires; accidents; amputation de la cuisse.

— *Fracture compliquée de jambe avec issue de fragments*, par M. Oxamendi (Gazette des hôpitaux, p. 452). — Outre la fracture des deux os de la jambe, il y avait une fracture transversale de la rotule du même côté. — Traitement par l'attelle postérieure. Guérison.

— *Fractures de la jambe*, par M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 519). — M. Gosselin, faisant un rapport sur plusieurs cas de fracture envoyés par M. Lizé, insiste particulièrement sur les fractures du tibia : il fait remarquer que toujours la fracture est disposée de telle sorte qu'il serait impossible de la reproduire avec un seul trait de scie ; sur aucune, le trait n'est exactement dans le même plan, ce qui devrait constituer le caractère des fractures obliques. Ces dernières sont très-rares; les fractures dentées, en V, ou cunéennes, sont de beaucoup les plus fréquentes; leur étude est importante, parce qu'elles déterminent des fissures ou des écrasements, se produisant par le mécanisme du *coin*. Ces études anatomiques expliquent la fréquence de certains accidents, résultant du broiement de la moelle et du tissu osseux, et la persistance de quelques déformations, contre lesquelles nous luttons en vain.

— *Note sur les fractures en* V, par M. Houel (Gazette des hôpitaux, p. 591). — M. Houel discute les opinions de M. Gosselin; son argumentation se résume ainsi : 1° La fracture en V ou en coin, décrite par M. Gosselin, n'est le plus souvent qu'une variété de la fracture oblique spiroïde de Gerdy ; — 2° l'action du fragment supérieur n'est généralement pour rien dans la fissure du fragment inférieur, qui me paraît être au contraire une continuation de la fracture spiroïde ; — 3° cette fracture se complique presque toujours d'esquille de la face postérieure du tibia communiquant avec l'articulation, ce qui donne à cette lésion une gravité plus grande ; — 4° la contusion de la moelle ne me paraît que difficilement pouvoir être produite par la pointe du V plein ; — 5° dans certains cas, le sommet du V plein, au lieu de se terminer par une pointe aiguë, peut exceptionnellement pré-

senter une extrémité mousse, qui peut alors exercer une action contondante sur le fragment inférieur; encore dans ces cas faut-il tenir compte de la cause de la fracture.

— *Fracture spiroïde du tibia*, par M. Foucher (Gazette des hôpitaux, p. 608). — L'auteur donne le mécanisme suivant : il y a eu combinaison d'un mouvement de torsion de gauche à droite, d'extension forcée de la jambe sur le pied et de flexion latérale interne. La fracture verticale que l'on remarque sur le fragment inférieur est, dans ce cas, la continuation de la fracture spiroïde, et elle n'est pas due à l'action de l'angle du V.

— *Fracture compliquée de la jambe. — Gangrène d'une partie du membre. — Guérison sans difformité. — Mort presque subite*, par M. Tirifahy (Moniteur des hôpitaux, p. 817).

— *Fracture de jambe au tiers supérieur, avec soudure des deux os*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 227). — Le fragment supérieur du tibia s'est interposé entre les deux fragments inférieurs, tandis que le fragment inférieur du péroné s'est interposé entre les deux fragments supérieurs. Soudure et déformation du membre.

— *Fracture du calcanéum*, par M. Cavasse (Bulletin de la Société anatomique, p. 12). — Des fractures rencontrées sur le calcanéum des deux côtes, fractures par écrasement, non soupçonnées pendant la vie.

— *Fracture des deux malléoles avec luxation du pied et issue de l'astragale*, par M. Jaccoud (Bulletin de la Société anatomique, 1857, p. 323).

— *Fracture du crâne. — Commotion cérébrale. — Tassement de la substance encéphalique* (Gazette des hôpitaux, p. 573).

— *Observation d'un cas de cal difforme traité avec succès d'après une nouvelle méthode*, pa M. Brainard (Gazette des hôpitaux, p. 527, et Bulletin de thérapeutique, LV, p. 516).

— *Flexions traumatiques des os*, par M. Bauchet (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 381). — Elles existent chez les enfants; elles disparaissent rapidement au moyen d'un bandage bien appliqué et d'une petite attelle.

— *Contusion des os chez les enfants*, par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 156). — Chez un enfant, contusion de l'extrémité supérieure du fémur. Mort par infection purulente.

— *Résection de fragments osseux*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 132). — Fracture du fémur non consolidée; les deux fragments étaient éloignés l'un de l'autre; M. Chassaignac les reséqua. Il a obtenu la consolidation avec un raccourcissement notable.

— *Leçons sur les pseudarthroses, suites de fractures*, par M. Jobert (Union médicale, p. 362). — Leçon classique.

— *De l'entorse*, par M. Ballandonne (Thèses de Paris, nº 270).

— *De l'entorse*, par M. Cherouvrier (Thèses de Paris, nº 90).

— *Des frictions et du massage dans le traitement des entorses chez l'homme*, par M. Girard (Académie de médecine, 9 novembre). — Le premier temps de l'opération consiste dans de simples frictions excessivement légères, car à peine effleurons-nous la peau avec le bout des doigts. Ces frictions sont exécutées avec la face palmaire des doigts réunis, toujours de bas en haut, et de façon à ne pas éveiller la moindre douleur. Après dix, quinze ou vingt minutes, il est rare que l'on ne puisse pas exercer une pression un peu plus forte, que nous augmentons ou que nous diminuons suivant les sensations éprouvées par le malade. Rarement a-t-on agi ainsi pendant une demi-heure, que déjà le patient accuse un soulagement notable, surtout appréciable lorsque les douleurs sont continues. Alors commence le deuxième temps de l'opération, que nous nommons le massage proprement dit.— Il consiste à agir non-seulement avec les doigts, que l'on écarte plus ou moins pour les faire glisser dans les gouttières des régions, mais encore avec la paume des mains, de façon à embrasser toute l'articulation et toutes les parties environnantes. — Il faut toujours que les mains soient promenées dans le même sens, c'est-à-dire de bas en haut, et qu'elles agissent non-seulement sur les points douloureux, mais encore sur toutes les parties tuméfiées. — Après ces manipulations plus ou moins prolongées, suivant la gravité et l'ancienneté de l'entorse, nous arrivons à faire opérer à l'articulation des mouvements dans tous les sens : mais cela seulement alors que les plus fortes pressions faites avec les mains n'éveillent plus aucune sensation douloureuse. — Si ces mouvements déterminent quelques douleurs, nous nous abstenons alors pour revenir au massage, jusqu'à ce que de nouveaux tâtonnements nous démontrent que la jointure peut être fléchie ou étendue sans que le patient accuse de sensibilité anormale.

—*Autopsie d'une entorse*, par M. Bereioux (Bulletin de la Société anatomique, p. 46). — Mort, au quinzième jour, d'une pneumonie intercurrente. Rien dans les téguments ou les ligaments ; du côté de l'astragale, éraillement du cartilage ; fracture de la malléole externe longitudinale, divisant l'extrémité osseuse en une partie antérieure et une partie postérieure.

—*Traitement des entorses*, par M. Aubrun (Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, mai). — Onctions avec l'huile d'olive sur les entorses ou les contusions; bons effets.

— *Nouveaux faits à l'appui du massage comme traitement des entorses*, par M. Lebâtard (Union médicale, octobre).

— *De la resection dans les luxations compliquées*, par M. Hamilton (Amer. Journ. of med. science, Revue étrangère, p. 54). — L'auteur, passant en revue les traitements usités dans les cas de luxations avec issue de fragments irréductibles, donne la pré-

férence à la resection; il a pratiqué cette opération avec succès.

—*Des luxations compliquées*, par M. Schinzinger (Gazette hebdomadaire, p. 271). — Analyse d'un ouvrage publié en allemand. — A part les luxations des petites articulations, la méthode la plus rationnelle est la resection totale ou partielle, pour les raisons suivantes : 1° la durée de la guérison est beaucoup moins longue que par la réduction ; — 2° on élude des symptômes très-dangereux, tels que les contractions musculaires, la reproduction de la luxation, le tétanos, la gangrène, les suppurations articulaires de longue durée, la carie et la nécrose des extrémités articulaires ; — 3° la proportion des cas mortels est très-modérée ; — 4° conservation d'une mobilité convenable dans la plupart des cas ; — 5° procédés opératoires peu dangereux et d'une exécution facile ; — 6° l'amputation consécutive est très-rarement nécessaire après la resection : on ne peut en dire autant après la réduction ; — 7° enfin, l'impression morale d'une amputation comparée à celle d'une rescision est digne de considération, surtout lorsque l'ablation du membre doit être faite au moment où le blessé est plongé dans l'abattement, la douleur, etc., etc. Au contraire, l'idée de conserver un membre raccourci seulement de quelques lignes rassure le blessé, le console, et lui fait supporter les douleurs et la peine.

— *Diastasis de la troisième et de la quatrième vertèbres cervicales*, par M. Campana (Bulletin de la Société anatomique, p. 288, 1857).

— *Luxation complète d'une vertèbre cervicale. — Réduction au dixième jour. — Guérison*, par M. D. Ayres (The New-York Journ. of med. et Gazette médicale de Paris, p. 162). — Coup porté par derrière, vers la partie inférieure de la région cervicale. — M. Ayres, appelé le neuvième jour, constate que la tête est renversée en arrière et immobile, la face tournée en haut ; que le cou est saillant en avant, la peau qui recouvre le larynx tendue et douloureuse. En arrière, il existe une dépression entre la cinquième et la sixième vertèbre ; en pressant, on fait fuir l'apophyse épineuse. — Difficulté d'avaler, même de petites quantités de liquide ; pas de paralysie. — La réduction fut obtenue de la manière suivante : le malade étant chloroformisé et couché sur une table, la contre-extension fut faite avec des draps passés sur les épaules, tandis que le chirurgien faisait l'extension avec ses deux mains, l'une appliquée sur le menton, l'autre à l'occiput. — Pas d'accident après la réduction.

— *Luxation des vertèbres cervicales. — Nouveau procédé de réduction*, par M. Missoux (Moniteur des hôpitaux, p. 34). — Enfant de neuf ans ; luxation des deux apophyses de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. Le chirurgien, craignant que la mort ne survînt pendant des tentatives violentes et pensant que

l'obstacle à la réduction venait de la contraction musculaire, résolut de chercher à obtenir le redressement d'une manière lente et insensible en fatiguant les muscles postérieurs par une puissance constante et permanente agissant en sens inverse des forces qui ont produit cette luxation. — Pour atteindre ce but, la petite malade fut placée sur une large planche, une pièce de bois servant d'oreiller. Elle fut couchée sur le dos, l'occiput portant sur le chevet dur et élevé dont il vient d'être parlé; dans cette position il n'y avait que le bassin et la tête qui dussent porter; la partie supérieure du tronc et les épaules, qui ne touchaient à rien, devaient, par leur pesanteur, tendre et redresser le cou en allongeant les muscles et les ligaments, tandis que la résistance sous l'occiput ramenait peu à peu la tête en place. — Guérison instantanée.

— *Luxation unilatérale de la troisième vertèbre cervicale. — Réduction au quatrième jour. — Guérison*, par M. Gellé (Gazette hebdomadaire, p. 642). — Hémiplégie musculaire à la suite d'une chute d'un lieu élevé, déviation de la tête à droite avec impossibilité de rotation à gauche, saillies à la nuque et dans le pharynx. On diagnostique une luxation unilatérale de la troisième vertèbre cervicale, avec lésion de la moelle au-dessus des nerfs phréniques, parce qu'il y a dyspnée, paralysie du diaphragme, etc. Pour obtenir la réduction, la malade fut couchée tout à fait horizontalement. Un aide exerça sur la tête une traction suivant l'axe du corps et ramena peu à peu la face en avant. M. Gellé plaça la main gauche sur l'apophyse épineuse de la vertèbre déplacée, pendant que l'indicateur de la main droite, introduit dans le pharynx, pressait sur la saillie formée par le corps de la vertèbre luxée. Cette dernière manœuvre fut nécessairement de courte durée, à cause de la gêne de la respiration. Elle fut répétée trois fois de suite, sans secousse et sans violence.—Diminution immédiate des accidents. Le lendemain, disparition complète, bien que les saillies osseuses soient encore appréciables au toucher.

— *Luxation incomplète des vertèbres, réduite avec succès*, par M. Angiolini (Gazette médicale de Lyon, p. 312).—Luxation incomplète de la dernière sur l'avant-dernière dorsale, à la suite d'une chute, les épaules pesamment chargées.—Compression des muscles des gouttières vertébrales pour en neutraliser l'action; extension et contre-extension; coaptation.—Bruit très-manifeste; réduction.

— *De l'état des viscères chez les sujets affectés de scoliose*, par M. Bouvier (Gazette des hôpitaux, p. 1). — Enumération des changements produits sur les organes par les déviations de la colonne vertébrale.

— *Du relâchement pathologique des symphyses du bassin*

dans l'un et l'autre sexe, et de son traitement par la compression circulaire, par M. Jacquier (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 121). — Deux observations, prouvant que le relâchement peut survenir en dehors de la grossesse, chez l'homme comme chez la femme, et que la compression circulaire est le traitement le plus sûr et le plus prompt.

— *De la paralysie du muscle deltoïde consécutive aux luxations et aux contusions de l'épaule*, par M. Arrault (Thèses inaugurales de Paris, n° 3). — L'auteur passe en revue les faits déjà observés, sans en apporter de nouveaux ; pour lui, cette paralysie est assez fréquente, et reconnaît pour cause une contusion du nerf circonflexe, bien qu'elle puisse dépendre aussi d'une déchirure, d'une compression de ce nerf, et exceptionnellement d'un désordre musculaire. La faradisation musculaire est le meilleur traitement à opposer à la paralysie deltoïdienne traumatique et à l'atrophie musculaire qu'elle entraîne.

— *Mémoire sur la luxation de l'épaule en haut*, par M. Bourguet (Moniteur des hôpitaux, p. 548). — M. Bourguet se résume ainsi : 1° La luxation scapulo-humérale directe en haut, considérée comme impossible par un grand nombre de chirurgiens, est un fait réel et incontestable ; — 2° les observations recueillies jusqu'à ce jour permettent de lui considérer deux variétés, savoir : *a* une luxation complète, dans laquelle la tête de l'humérus est située au-dessus et en avant de l'apophyse coracoïde (sus-coracoïdienne de M. Malgaigne) ; *b* une luxation incomplète, dans laquelle la tête reste en dessous de la voûte acromiale, et vient se placer en arrière et en dehors de l'apophyse coracoïde (sous-acromio-coracoïdienne de M. Avrard ; extracoracoïdienne).

— *Luxation de l'épaule en haut*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 236, et imprimerie de Plon; in-8°, 18 pages). — M. Morel-Lavallée, dans un rapport sur le travail précédent, rassemble un certain nombre d'observations, et nie la possibilité de la luxation incomplète en haut, lorsque la tête humérale reste au-dessous de la cavité acromio-coracoïdienne.

— *Luxation scapulo-humérale sous-épineuse*, par M. Ritterlin (Gazette des hôpitaux, p. 415). — Cette luxation était compliquée de fracture des apophyses coracoïde et acromion. Réduction facilement maintenue à l'aide du garrot de J.-L. Petit.

— *Luxation de la tête de l'humérus compliquée de fracture du col de cet os. — Tentative infructueuse de réduction, suivant le procédé de M. Richet*, par M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 272).

— *Luxation de la tête humérale avec fracture du col anatomique*, par M. Houel (Gazette des hôpitaux, p. 284). — L'auteur montre une pièce anatomique sur laquelle la fracture siége sur le col anatomique ; la réduction, dans ces cas, est impossible; si

on l'obtenait, il est probable que le fragment supérieur, privé de nutrition, serait un corps étranger de l'articulation.

— *Luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière réduite en partie au bout de cinquante-quatre jours*, par M. Nélaton (Gazette des hôpitaux, p. 117). — Extension et contre-extension; flexion rapide au moment où l'olécrâne est un peu abaissé; réduction du cubitus; le radius conserve sa position; amélioration considérable des mouvements.

— *Luxation de l'avant-bras en avant, compliquée de la fracture de l'olécrâne et de celle de l'apophyse coronoïde*, par M. Morel-Lavallée (Gazette des hôpitaux, p. 476). — Cet exemple, en ce qui concerne l'apophyse coronoïde, est le premier que possède la science. — Amputation du bras.

— *Luxation en avant du poignet*, par M. Huguier (Gazette des hôpitaux, p. 512). — Luxation ancienne; il est impossible de dire si, au moment, il n'y a pas eu en même temps fracture du radius.

— *Luxation carpo-métacarpienne du pouce en arrière*, par M. Gérin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 267). — Dissection de cette luxation, qui date de plusieurs années.

— *Luxation coxo-fémorale*, par M. Foucher (Gazette des hôpitaux, p. 428). — Luxation ancienne, congénitale, ou suite de coxalgie (?).

— *Luxation de l'articulation coxo-fémorale survenant dans un rhumatisme aigu*, par M. Cock (Med. Times, et Revue étrangère, p. 7).

— *Etudes anatomiques et physiologiques sur un cas de luxation ischiatique du fémur*, par MM. Béraud et Péan (Gazette des hôpitaux, p. 19). — Les auteurs étudient l'état des parties, et particulièrement des muscles, dans un cas de luxation.

— *Remarques sur le traitement des luxations complètes de la rotule en dehors*, par M. Philippeaux (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 106). — Une observation; l'auteur a facilement obtenu la réduction en employant la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, suivie de l'extension.

— *Luxation de la rotule*, par M. Bouchet (Gazette médicale de Lyon, p. 329). — Observation d'une vieille femme chez qui l'une des rotules peut être luxée en dehors et ramenée à sa position normale avec la plus grande facilité, ce qui tient à l'absence complète du bord externe de la trochlée fémorale dans laquelle glisse la rotule. — Enumération de cas analogues.

— *Luxation du fémur dans l'échancrure sacro-sciatique. — Réduction par manipulation*, par M. Henry (North amer. medic. chirurg. Review, 1857, p. 933, et Gazette hebdomadaire, p. 126). — Cette méthode n'est autre que celle de la flexion avec coaptation.

— *Rupture du ligament latéral interne de l'articulation du genou, avec déplacement du cartilage semi-lunaire*, par M. Adams (Med. Times and Gazet., 1857, p. 603, et Gazette hebdomadaire, p. 55).

— *Etude sur les luxations du pied*, par M. Bercioux (Thèses de Paris, n° 241). — M. Bercioux étudie exclusivement les luxations du pied sans fractures. Il étudie, en rapportant des observations nouvelles, la luxation du pied en avant, en arrière, et les luxations latérales. — Note sur les luxations pathologiques.

— *Des luxations traumatiques en dehors de l'articulation tibio-tarsienne*, par M. de Villeneuve (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Extraction de l'astragale à la suite d'une luxation compliquée*, par Halpin (the Dubl. hosp. Gaz. et Gazette médicale de Paris, p. 138). — L'opération a été pratiquée il y a vingt ans : il s'agissait d'une luxation compliquée du pied ; on enleva l'astragale, qu'on ne pouvait réduire.—Le pied est allongé ; ses mouvements sont imparfaits.

— *Du traitement des épanchements dans l'articulation du genou*, par M. Lambert (Thèses de Paris, n° 172).

— *Hydrarthrose coxo-fémorale guérie par l'application locale de la teinture d'iode*, par M. Laute (Archives belges de médecine militaire, juin).

— *Injection de teinture d'iode dans le genou*, par M. Erichsen (Med. Times et Revue étrangère, p. 72).—Hydrarthrose ancienne; injection ; pas d'accidents ; guérison rapide.

— *Traitement de l'hydrarthrose*, par M. Richard (Revue de thérapeutique). — Traitement de l'auteur ; ce sont des révulsifs cutanés.

— *Recherches sur les plaies pénétrantes des articulations*, par M. Libermann (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1857).

— *Corps étranger mobile dans l'articulation du genou droit*, par M. Prévost (Gazette des hôpitaux, p. 115). — Une observation : le chirurgien, après avoir fixé le corps étranger, a fait l'incision de la peau et des parties sous-jacentes ; il a ouvert l'articulation et enlevé immédiatement le corps étranger. — Réunion immédiate. Guérison.

— *Corps étranger mobile dans l'articulation du genou. — Opération. — Guérison*, par M. Jobert (de Lamballe) (Moniteur des hôpitaux, p. 167).

— *Corps étranger dans l'articulation du genou, formé par un morceau de cartilage détaché du fémur*, par M. Peale (Med. chir. Trans. et Archives générales de médecine, avril, p. 486).— Le malade avait reçu, un an auparavant, un coup violent sur le genou. — On a extrait le corps étranger, qui, par sa forme et sa structure, correspondait à une dépression arrondie du condyle

interne du fémur. — Le malade a succombé à une arthrite et à un érysipèle phlegmoneux.

— *Nouvelle méthode d'amputation des membres*, par M. Maisonneuve (Académie des sciences, 26 avril). — Cette nouvelle méthode d'amputation des membres, désignée sous le nom de *diaclasie*, a ceci de particulier que, pour son exécution, on ne fait usage ni du couteau pour diviser les chairs, ni de la scie pour couper les os, ni des ligatures permanentes pour arrêter le sang ; et que, contrairement à ce qui a lieu dans les méthodes ordinaires, c'est la division de l'os qui constitue le premier temps de l'opération et précède la division des parties molles. — Le but principal de cette méthode est d'éviter les accidents terribles de l'infection purulente, en substituant aux procédés ordinaires de section par des instruments tranchants les procédés de *rupture*, d'*arrachement* et de *ligature extemporanée*, dont l'action contondante oblitère énergiquement les orifices vasculaires. — Cinq amputations de la jambe et une de l'avant-bras ont été couronnées de succès. Les instruments nécessaires pour l'exécution de cette nouvelle méthode, sont : 1° un ostéoclaste destiné à la rupture de l'os ; 2° un serre-nœud puissant, destiné à la division des parties molles. — 1° *Ostéoclaste.* — Cet instrument, destiné à la rupture des os, est construit sur le plan du serre-nœud de Græfe, seulement il a des dimensions beaucoup plus considérables et est muni d'un chevalet mobile, au moyen duquel il prend un double point d'appui sur le trajet de l'os dont il doit opérer la rupture. — 2° *Serre-nœud* pour la division des parties molles. — Cet instrument n'est autre chose qu'un véritable serre-nœud de Græfe, construit seulement sur des dimensions appropriées à son usage. Pour ligature il est muni d'*une corde en fil de fer*, qui réunit toutes les conditions de puissance et de flexibilité. Quant au mode d'action de cet instrument, il ne diffère en rien de celui du serre-nœud de Græfe que tout le monde connaît. — *Description de l'opération.* — Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien applique l'ostéoclaste sur le point précis où il veut briser l'os, en ayant soin de protéger les parties molles au point de contact de l'instrument, au moyen de quelques compresses pliées en plusieurs doubles ; puis, donnant quelques tours de vis, il opère la fracture. Aussitôt il enlève l'instrument, le remplace par le serre-nœud, dans l'anse métallique duquel il embrasse le membre à 10 ou 15 centimètres au-dessous du point fracturé. Puis, faisant mouvoir la vis, il serre graduellement les tissus jusqu'à ce que toute circulation sanguine ou nerveuse soit interrompue. Ceci étant fait, il prend le bistouri, divise circulairement les chairs jusqu'à l'os à 2 ou 3 centimètres au-dessous du serre-nœud, arrache par un mouvement de torsion l'extrémité du membre qui ne tient plus

que par quelques adhérences de l'os aux parties musculaires, et achève l'opération en continuant à tourner la vis du serre-nœud jusqu'à division complète des tissus embrassés dans l'anse de la ligature. Quand ce dernier temps a été conduit avec une sage lenteur, la plaie qui résulte de l'amputation ne laisse pas suinter une goutte de sang, quel que soit le membre amputé.

— *Désarticulation de l'omoplate*, par M. Syme (Archives générales de médecine, juillet, p. 937). — Une observation, ayant pour but de montrer que l'opération n'offre pas beaucoup de difficultés, quand on a soin de lier la sous-scapulaire avant de la couper, et aussi que les fonctions du bras sont conservées après l'extirpation de l'omoplate.

— *Resection du coude*, par M. Bauchet (Gazette des hôpitaux, p. 596). — Description anatomique des os reséqués (tumeur blanche).

— *Resection de l'articulation du coude, chez un enfant* (Revue étrangère, p. 71). — Tumeur blanche ; guérison.

— *Extirpation complète du radius*, par M. Carnochan (Moniteur des hôpitaux, p. 485). — Nécrose du radius avec tuméfaction considérable de l'avant-bras. Il fallait amputer le bras ; M. Carnochan, qui avait déjà enlevé le cubitus avec succès (sur un autre malade), se décida à faire l'extirpation du radius. Le malade a guéri, conservant bon nombre des mouvements de la main et de l'avant-bras.

— *Désarticulation coxo-fémorale. — Succès*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 132). — Opération pratiquée pour une ostéite condensante du fémur, avec des accidents graves.

— *Désarticulation de la cuisse, suivie de guérison*, par M. Beck (Deutsche Klinik et Gazette médicale de Paris, p. 9).

— *Resection de l'articulation coxo-fémorale. — Guérison*, par M. Price (Union médicale, p. 439). — Tumeur blanche ; guérison avec un pouce et demi de raccourcissement.

— *Nouvelle méthode d'amputation du fémur au niveau des condyles, avec lambeau rotulien*, par M. Gritti (Gazette médicale de Paris, p. 678). — On commence par tailler un lambeau antérieur au centre duquel est placée la rotule, à l'aide de trois incisions droites, l'une passant à un pouce environ au-dessous du bord inférieur de cet os, les deux autres partant des extrémités de celle-ci pour s'élever sur les côtés des condyles du fémur jusqu'à une hauteur correspondant à la moitié de la rotule. On détache de bas en haut ce lambeau antérieur de forme quadrilatère. — La surface cartilagineuse de la rotule est enlevée à l'aide d'une petite scie. — On procède ensuite à la formation du lambeau postérieur en incisant les tissus suivant une ligne qui réunit les extrémités supérieures des deux incisions latérales. Ensuite,

aprés avoir détaché de l'os le petit lambeau postérieur, on incise le périoste à la base des condyles et on les emporte avec une scie à amputation. — Les artéres liées, on met la rotule en contact avec le moignon reséqué, et on la fixe par l'application de quatre à six points de suture.

— *Mémoire sur l'excision du genou*, par Butcher (the Dublin quarterly Journal et Gazette médicale de Paris, p. 137). — Résumé de cinquante et une resections du genou, pratiquées en Angleterre, avec cette conclusion, que le danger de l'excision du genou est moins grave que celui de l'amputation de la cuisse, et que cette opération n'empêche pas la croissance du membre quand elle est pratiquée dans l'enfance. (Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 301, article de M. Follin.)

— *De la resection des surfaces articulaires dans certaines maladies du genou*, par M. Price (Medic. Times, Revue étrangère, p. 17). — Apologie de cette opération.

— *Tumeur fibreuse attachée à la base du crâne. — Resection de la mâchoire supérieure. — Ablation de la tumeur*, par M. Tatum (British med. Journ., 23 janvier 1858, et Gazette hebdomadaire, p. 251).

— *De la resection des grandes articulations* (Gazette hedomadaire, p. 47). — Article de Revue critique; analyse de travaux étrangers et français.

— *Amputation sus-malléolaire*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 306). — Observation d'un homme qui, amputé depuis dix mois par le procédé de M. Lenoir, n'a pas encore le moignon cicatrisé; émaciation du membre, conicité du moignon; difficulté de poser un appareil prothétique.

— *Amputation sus-malléolaire*, par M. Laborie (Gazette des hôpitaux, p. 343). — Deux amputés au-dessus des malléoles n'ont pas encore les moignons cicatrisés, malgré un assez long temps écoulé depuis l'opération.

— *Amputation sus-malléolaire*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 368). — Deux cas, dans lesquels la méthode à deux lambeaux a été employée et a donné des résultats trés-avantageux.

— *Communication sur l'amputation sus-malléolaire*, par M. Laborie (Gazette des hôpitaux, p. 584). — M. Laborie rapporte deux observations et montre combien la cicatrisation des moignons, dans ces cas, laisse à désirer. — Ces dernières communications ont été suivies d'une discussion sur les résultats de l'amputation sus-malléolaire; pas de conclusion générale.

— *Deux cas de désarticulation du pied d'après la méthode de Pirogoff*, par M. Coudœwer (Revue étrangère, p. 23).

— *Excision d'un astragale strumeux. — Rétablissement complet*, par M. Statham (Medic. Times et Revue étrangère, p. 31).

— *Nouvelle opération pratiquée sur le pied. — Amputation dans la continuité du tarse, avec conservation des muscles moteurs du pied*, par M. Demarquay (Gazette médicale, p. 517, et Gazette des hôpitaux, p. 283). — L'auteur a fait l'amputation du pied dans la continuité du tarse ; il fait ressortir les avantages de cette opération. Le malade a guéri ; le résultat obtenu pour la marche est satisfaisant.

— *Moignon d'un malade amputé dans l'articulation médio-tarsienne, il y a vingt ans* (Gazette des hôpitaux, p. 483).

— *Double amputation médio-tarsienne sans élévation des talons*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 84).

— *Double amputation médio-tarsienne sans élévation du talon*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 87).

— *Amputation tibio-tarsienne pour une affection organique des os du tarse et du métatarse. — Guérison à peu près complète*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 87).

— *Conicité du moignon*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 120). — Fémur d'un enfant amputé depuis quelques mois ; inflammation du moignon, sans élimination d'os ; la partie inférieure du moignon ne présente aucune trace de nécrose actuelle ou passée ; une couche osseuse sous-périostale entoure l'os jusqu'à sa partie supérieure, près de laquelle on trouve un petit séquestre. Cicatrisation ; mort.

— *Compte rendu des amputations primitives et des amputations consécutives, traitées à l'hôpital militaire de Dolma-Bagtché* (Constantinople), par M. Salleron (Paris, imprimerie Henri et Noblet ; in-8°, 253 pages).

— *Résultats d'anciennes amputations. — Discussion sur le traitement de la gangrène par congélation* (Gazette des hôpitaux, p. 143). — Présentation d'un malade sur lequel Gerdy a pratiqué, il y a longtemps, des amputations sur les quatre membres ; les moignons sont dans un bel état. — Il est probable que ce malade a été opéré pour des gangrènes par congélation. Faut-il opérer tout de suite ou bien attendre le cercle éliminatoire, dans les cas de gangrène par congélation? La plupart des membres de la Société de chirurgie veulent qu'on opère immédiatement.

— *Gangrène sèche de l'extrémité des doigts, des orteils et du bord supérieur des oreilles*, par M. Demarquette (Moniteur des hôpitaux, p. 748).

— *Du pied plat valgus douloureux* (Clinique de M. Bonnet), par M. Delore (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 489, et in-8°, 16 pages). — L'auteur fait remarquer que, dans cette variété de pied bot, la position vicieuse est médiocre, tandis que la difficulté de la marche est quelquefois très-grande ; que souvent elle est le résultat d'un état morbide du pied, plus que de la rétraction de certains muscles. Il y a plusieurs degrés dans cette affection,

exigeant des traitements différents qui, tous, se réduisent à guérir la cause, quand elle existe encore (rhumatisme), redresser le pied par des manœuvres ou des sections sous-cutanées, des appareils d'immobilisation ou de mouvement ; maintenir le redressement obtenu par des tuteurs. — Observations.

— *Pied bot équin occasionné par des cicatrices vicieuses*, par M. Verneuil (Bulletin de la Société anatomique, p. 267). — M. Verneuil montre une pièce anatomique, sur laquelle on voit, entre autres choses, que la gaîne des muscles péroniers est envahie par des tractus fibreux, qui auraient rendu inutile toute section pratiquée sur ces muscles.

— *D'un bruit de frottement perceptible dans certaines inflammations des coulisses tendineuses*, par M. Thompson (Gazette médicale, p. 643).

— *De la synovite tendineuse chronique ou fongus dss gaînes synoviales*, par M. Bidard (Thèses de Paris, nº 96). — M. Bidard décrit l'inflammation chronique des bourses tendineuses ; il montre qu'elle est identique à celle qui altère les synoviales articulaires dans les tumeurs blanches. — Les fongosités, développées sur la face interne de la séreuse, entourent les tendons sans les altérer, et offrent l'aspect de tumeurs de mauvaise nature. Il survient des accidents de voisinage dans le tissu cellulaire qui peut s'infiltrer, dans les os qui s'enflamment, dans la peau qui peut s'ulcérer. La fongosité refoule les parties voisines ; plusieurs gaînes peuvent être envahies. La synovite tendineuse chronique ne produit généralement pas de douleur ; quand les malades se plaignent, l'affection apparaît sous la forme d'un gonflement, d'une tumeur bien délimitée, arrondie ou allongée, suivant la forme de la membrane malade ; la tumeur est mobile, ferme et rénitente, élastique au point de simuler la fluctuation ; elle gêne les mouvements ; quelquefois douloureuse spontanément, elle l'est presque toujours à la pression. — Ulcération de la peau : les fongosités font saillie. — Cette affection fait des progrès lents, mais certains. — Le seul traitement efficace est l'extirpation par l'instrument tranchant, en ayant soin d'enlever toutes les parties malades ; dans les cas où la maladie est très-étendue, l'amputation devient nécessaire.

— *Kystes synoviaux du poignet*, par M. Verneuil (Bulletin de la Société anatomique, p. 319). — M. Verneuil montre une tumeur intéressante par la longueur du trajet, car elle contourne le poignet dans toute sa circonférence externe ; elle est segmentée par des étranglements au niveau des points où elle est en rapport avec des tendons musculaires, tandis qu'en deçà et au delà elle est renflée ; enfin, elle côtoie l'artère radiale dans une étendue de 4 centimètres.

— *Kyste synovial communiquant avec l'articulation radio-*

carpienne, par M. Perrin (Bulletin de la Société anatomique, p. 14).—M. Perrin pense, d'après l'observation qu'il donne, que ce kyste et d'autres plus petits, communiquant aussi avec l'articulation, sont dus à une hernie de la synoviale plutôt qu'à un développement morbide des follicules synovipares.

— *Des tumeurs synoviales au voisinage des articulations*, par M. Barwell (the Lancet et Gazette médicale de Lyon, p. 423). — L'auteur explique la formation de ces tumeurs par la distension de la séreuse normale, qui cède là où le liquide presse le plus par suite d'un effort.

— *Kyste synovial tendineux du poignet*, par M. Foucher (Gazette des hôpitaux, p. 510). — Il s'agit d'un kyste synovial sur lequel la simple application d'un vésicatoire volant a suffi pour déterminer une inflammation suppurative intense, suivie d'une guérison complète.

— *Discussion sur le traitement des arthrites douloureuses par le redressement*, par M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 215).— Présentation d'un jeune malade, ayant une arthrite du genou, chez lequel le redressement a eu pour effet la cessation immédiate de la douleur. Discussion sur les résultats immédiats et définitifs de cette méthode.

— *Du redressement immédiat et de la cautérisation sous le bandage amidonné, dans le traitement des tumeurs blanches des articulations*, par M. Bonnet (Académie des sciences, 14 août). — « Dans toutes les difformités sans lésion organique ou coexistant avec des tumeurs blanches rhumatismales ou scrofuleuses, en voie d'accroissement ou de résolution, le mode de redressement qu'on doit préférer est celui qui n'exige qu'une seule séance opératoire suivie d'une immobilisation prolongée pendant plusieurs semaines.— La règle essentielle et générale, c'est qu'il faut, avant tout, assouplir la jointure, et, pendant l'anésthésie, lui rendre complétement sa mobilité. Il faut procéder par une série alternative de flexions et d'extensions douces, graduées, et allant jusqu'à la limite extrême des mouvements naturels. — Les adhérences rompues, la mobilité rétablie, on peut procéder au redressement des difformités et à la réduction des déplacements. Des tractions et des pressions convenables suffisent alors ; le succès est en raison de la mobilité préalablement obtenue. — Quand le membre sur lequel on opère a repris autant que possible une bonne direction, il ne s'agit plus que de l'assujettir dans sa position nouvelle avec des précautions capables de prévenir autant que possible les douleurs consécutives. Il est préférable d'employer un bandage ouaté, cartonné et amidonné. Pour lui donner une solidité immédiate, j'ai remplacé les attelles en carton sec de M. Seutin, par des attelles en fil de fer recuit. — Le bandage amidonné doit être laissé en place pendant trois ou quatre semaines. Au bout de ce temps

on l'enlève, on visite les parties malades, et l'on s'occupe, soit en l'appliquant de nouveau, soit en se servant d'appareils particuliers, de perfectionner le redressement et de prévenir le retour de la difformité, qui conserve longtemps de la tendance à se reproduire. — Dans les tumeurs blanches, le redressement a bien l'avantage, une fois le malade guéri, de lui donner un membre bien conformé et propre à remplir ses fonctions ; il enlève bien la cause d'inflammation et de douleurs que produit la torsion d'une jointure, et l'expérience prouve que, lorsqu'il a été opéré, on observe une tendance notable vers l'amélioration, sous le rapport des souffrances et de l'engorgement ; mais il ne tend pas directement à guérir la maladie elle-même. C'est pour atteindre ce but que j'ai institué la cautérisation *sous le bandage amidonné.* — Pour cautériser la peau, je me suis contenté en général d'employer la potasse ou le chlorure de zinc, dont l'application n'entraîne aucun appareil effrayant. — Deux phénomènes immédiats très-remarquables signalent l'effet des cautérisations par la potasse sous le bandage amidonné : je veux parler de l'absence habituelle de douleurs et du peu d'abondance de la suppuration. — Ces phénomènes particuliers ne s'observent plus au même degré, si l'on cautérise avec le chlorure de zinc : les douleurs locales et la suppuration ne diffèrent qu'exceptionnellement alors de ce qu'elles sont dans les conditions ordinaires. »

— *Méthode nouvelle de traitement des maladies articulaires,* par M. Bonnet (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, VIII-176 pages). — Reproduction des idées émises devant les académies.

— *Coxalgie hystérique,* par M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 500). — Jeune fille chloro-anémique ; signes apparents d'une coxalgie depuis trois ans ; la chloroformisation a montré que l'articulation était parfaitement saine et qu'il n'y avait là qu'une affection nerveuse. — Médication tonique ; guérison avec un raccourcissement persistant de 2 centimètres, attribué à l'atrophie du membre.

— *Du redressement immédiat des membres atteints de coxalgie,* par M. Bonnet (Gazette des hôpitaux, p. 403). — M. Bonnet donne, à la Société de chirurgie, quelques explications sur sa méthode, en réponse à des questions qui lui sont posées.

— *Application de la méthode de M. Bonnet au traitement des coxalgies* (Gazette des hôpitaux, p. 401). — Compte rendu de quelques faits et d'une leçon de M. Bonnet.

— *De la chloroformisation comme moyen de diagnostic et de traitement de certaines coxalgies* (Gazette des hôpitaux, p. 414). — Article pour prouver, par trois observations, l'utilité du chloroforme, tout à la fois comme moyen précieux de diagnostic et comme élément essentiel du traitement dans tous les cas.

— *Déformation articulaire de la hanche,* par M. Broca (Gazette

des hôpitaux, p. 580). — Saillie considérable du grand trochanter, élévation de la hanche, raccourcissement du membre, gêne de l'adduction. Pas de luxation.

— *Luxation ovalaire symptomatique du fémur, datant de sept mois. — Réduction*, par M. Legouest (Gazette des hôpitaux, p. 598). — Luxation ovalaire du fémur gauche symptomatique d'une arthrite aiguë, avec épanchement de l'articulation coxo-fémorale. Traitement par la méthode de Bonnet. Réduction qui persiste; amélioration de l'état du malade.

— *Considérations médico-chirurgicales sur la tumeur blanche*, par M. Scheving (Lorient, imprimerie Daguineau; in-8°, 160 pages).

— *Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque droite*, par M. Guéniot (Bulletin de la Société anatomique, p. 221).

— *Tumeur blanche, traitée avec succès par la compression digitale*, par M. Giachich (Echo médical suisse, décembre). — Tumeur blanche du genou, avec douleurs très-violentes; compression de l'artère crurale; disparition de la douleur au bout d'un quart d'heure; la compression est continuée soir et matin, pendant vingt jours. — Amélioration de l'inflammation.

— *Parallèle des indications de l'amputation et de la resection dans les tumeurs blanches*, par M. Robert (Union médicale, p. 445). — M. Robert, dans une leçon, rapporte deux observations de tumeur blanche du coude; dans un cas, il a amputé le bras; dans l'autre, il a fait la resection du coude. Cette dernière opération a sur l'amputation des avantages bien connus; mais quand le malade est très-affaibli, l'amputation doit être préférée, comme donnant lieu à une suppuration moins longue et moins considérable.

— *Tumeur blanche de l'articulation tibio-fémorale*, par M. Caradec (Gazette des hôpitaux, p. 258). — Traitement par les préparations iodées. Guérison.

— *Carie de l'articulation du poignet. — Désarticulation de la main*, par M. Vanzetti (Gazette des hôpitaux, p. 462). — Cette observation montre une désarticulation de la main là où, d'après les idées générales, il fallait amputer l'avant-bras. Comme procédé opératoire, M. Vanzetti a taillé un très-grand lambeau palmaire, et il a obtenu un moignon en forme de massue, rappelant l'aspect de la main fermée. — Avantages de ces grands lambeaux dans des cas analogues.

— *Discussion sur les injections iodées dans le traitement des altérations osseuses ou articulaires, et des abcès qui en dépendent* (Gazette des hôpitaux, p. 36). — La plupart des membres de la Société de chirurgie ont pris part à cette discussion, les uns citant des succès, les autres apportant des exemples d'insuccès.

— *Observation de guérison d'abcès par congestion multiple,*

guéris par les injections iodées, le protoiodure de fer à l'intérieur et un régime tonique, par M. Boinet (Moniteur des hôpitaux, p. 301).

— *Observation d'abcès par congestion, guéri à la suite d'une seule injection iodée*, par M. Broca (Moniteur des hôpitaux, p. 278).

— *Observation d'un abcès lié à une maladie de la hanche, s'ouvrant dans la vessie*, par M. H. Labatt (the Dubl. hosp. Gaz. et Gazette médicale de Paris, p. 158).

— *Carie vertébrale avec double abcès par congestion et communication des deux poches purulentes*, par M. Témoin (Bulletin de la Société anatomique, p. 345, 1857).

— *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott*, par M. Gillebert, rapport de M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 171). — L'auteur recommande le repos horizontal longtemps prolongé sur un appareil de son invention, qui consiste d'abord en un coussin dur, à plan supérieur, incliné de la tête aux pieds, légèrement convexe dans la partie qui doit soutenir les régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, et déprimé à la réunion du premier et du second cinquièmes, afin que le plan destiné à la tête soit au-dessous de celui qui recevra le dos. L'auteur fait, en outre, pratiquer sur le coussin, au niveau du point qui doit correspondre à la gibbosité, un trou d'une capacité suffisante, et il comble ce trou par un ballon en caoutchouc rempli d'air, qui dépasse la surface du coussin. La gibbosité est reçue sur ce ballon élastique, dont la pression ne saurait être assez forte pour escarrifier la peau. — M. Gosselin, après quelques remarques critiques, donne son approbation à ce mode de traitement. — La lecture du rapport est suivie d'une discussion, dans laquelle M. Bouvier lit la note suivante : *Sur le redressement des courbures du mal de Pott* (Gazette des hôpitaux, p. 99).

— *Mal vertébral de Pott*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 95). — M. Broca, après le discours de M. Bouvier, prend la parole pour dire que les affections vertébrales, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *mal de Pott*, doivent être divisées en deux espèces différentes : l'une, moins grave, qui guérit souvent sans abcès; l'autre, beaucoup plus grave, qui produit toujours ou presque toujours des abcès par congestion. Analysant les œuvres de Pott, il en conclut : 1° que Pott a décrit une maladie dans laquelle les abcès sont assez rares pour qu'il ait cru pouvoir se dispenser d'en parler; — 2° que cette maladie, caractérisée par une gibbosité accompagnée de paralysie, occupe presque toujours la région dorsale ou la région cervicale, et ne se montre qu'exceptionnellement (*very seldom*) sur la partie supérieure de la région lombaire (il n'est pas question du reste de la colonne lombaire);

— 3° que cette affection, d'après sa marche et ses symptômes, se rapporte à la tuberculisation vertébrale, telle que nous la connaissons aujourd'hui ; — 4° qu'enfin, suivant Pott, l'affection qui produit les abcès par congestion diffère de la précédente par son siége, qui est presque toujours la région lombaire, et qu'elle en diffère aussi par ses symptômes, puisqu'elle ne s'accompagne ni de paralysie, ni de gibbosité.

— *Sur les rapports des lésions et des symptômes dans le mal vertébral*, par M. Bouvier (Gazette des hôpitaux, p. 260). — L'auteur a dressé une statistique prouvant qu'il n'y avait pas, entre la carie vertébrale et les tubercules de la colonne vertébrale, les différences énoncées par M. Broca.

— *Mal vertébral*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 132). — Deux pièces anatomiques, montrant que des lésions osseuses considérables ne s'accompagnaient que d'une gibbosité légère.

— *Mal vertébral. — Guérison par gibbosité*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 155).

— *Mal vertébral lombaire avec abcès et sans gibbosité*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 156).

— *Traitement du mal vertébral par les appareils inamovibles*, par M. Kuhn (Gazette des hôpitaux, p. 179). — L'auteur décrit un appareil qu'il emploie avec succès : il fait d'abord un moule en plâtre de la face postérieure du tronc ; quand ce moule est sec, il le fixe par des bandelettes amidonnées.

— *Abcès par congestion. — Injection iodée pénétrant dans le péritoine à travers une rupture. — Mort prompte*, par M. Marjolin (Gazette des hôpitaux, p. 120).

— *Traitement des abcès par congestion*, par M. Robert (Union médicale, p. 386). — Leçon faite sur ce sujet.

— *Sur la guérison des abcès par résorption*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 248). — L'auteur pense que toutes les fois qu'un abcès a paru guérir par résorption, ce n'était pas à une collection purulente qu'on avait affaire, mais bien à une collection non purulente, de lymphe plastique, par exemple. — Plusieurs membres de la Société de chirurgie ne partagent pas cette manière de voir.

— *Des abcès par congestion*, par M. Chrétien (Thèses de Paris, n° 226).

— *Arthrite de la deuxième vertèbre cervicale*, par M. Gerin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 193). — Cette arthrite s'accompagnait de luxation consécutive de l'atlas sur l'axis, sans fracture de l'apophyse odontoïde ; le malade est mort subitement.

— *Tumeur située dans le canal vertébral à l'origine de la région dorsale. — Kyste hydatique du foie*, par M. Bourguignon (Gazette des hôpitaux, p. 182).

— *Tumeur graisseuse ayant des connexions avec l'intérieur du canal rachidien. — Opération*, par M. Johnson (British med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 104).

— *Kyste énorme de la partie supérieure du cou, formé, lors de la naissance, par un spina-bifida, et enlevé avec succès à l'âge de vingt-sept ans*, par M. Samuel Jolly (Medico-chirurgic. transactions, t. XL, et Archives générales de médecine, janvier, p. 91).

— *Du spina-bifida*, par M. Robin (Thèses de Paris, n° 171).

— *Du traitement du spina-bifida par les injections iodées*, par M. Ebra (Thèses de Paris, n° 252).

— *Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique concernant le spina-bifida. — Son traitement par les injections iodées*, par M. Debout (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 248). — M. Debout rapporte des observations pour démontrer, d'une manière incontestable, que les injections iodées sont le meilleur mode de traitement ; il s'occupe spécialement du procédé de M. Brainard.

— *De l'état de la thérapeutique concernant le traitement des vices de conformation congénitaux*, par M. Debout (Paris, imprimerie Hennuyer ; in-8°, 83 pages).

— *Carie du temporal avec altération des tuniques de l'artère carotide interne*, par M. Marc Sée (Bulletin de la Société anatomique, p. 5). — Cette altération a donné lieu à une hémorrhagie considérable par le conduit auditif externe. Sujet phthisique.

— *Nécrose du tissu spongieux de l'extrémité inférieure du tibia*, par M. Verneuil (Bulletin de la Société anatomique, p. 285, 1857). — M. Verneuil, en présentant deux exemples de cette lésion, insiste sur l'importance pratique de ces sortes de nécroses, qui, souvent méconnues, finissent par déterminer de graves désordres, nécessitant l'amputation des membres.

— *Affection aiguë des cellules mastoïdiennes*, par M. Piorry (Gazette des hôpitaux, p. 225). — Appréciation de l'état de ces cellules par le plessimétrisme et par l'auscultation, moyens d'évacuer les liquides qui y sont contenus. Abcès et carie consécutifs à l'état aigu ; ponction, injections avec la teinture d'iode iodurée ; usage à l'intérieur du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium. — Guérison.

— *Essai sur les tubercules des os, considérés dans leurs rapports avec les tubercules des parties molles*, par M. Bonnefoy (Montpellier, imprimerie Bœhm ; in-8°, VIII-74 pages).

— *Du décollement des épiphyses*, par M. Klose (Archives générales de médecine, août, p. 146). — L'auteur décrit une inflammation ayant pour effet le décollement des épiphyses chez les jeunes sujets ; la description qu'il en donne est analogue à celle de M. Gosselin, que l'on trouvera ci-après.

— *Mémoire sur les ostéites épiphysaires des adolescents*, par

M. Gosselin (Archives générales de médecine, novembre, p. 414). — L'auteur rappelle le travail de M. Klose et un mémoire de M. Chassaignac; il a observé aussi des décollements épiphysaires auxquels il donne le nom d'*ostéites épiphysaires aiguës suppurées* et d'*ostéites épiphysaires lentes et non suppurées*. Il montre que le plus souvent les ostéites suppurantes aiguës de jeunes sujets sont profondes, localisées dans le tissu spongieux, placées au-dessus et au-dessous de l'épiphyse, et accompagnées d'une destruction toute spéciale du périoste, jusqu'au cartilage articulaire le plus voisin. — Les symptômes se rapportent à trois périodes : la première, période inflammatoire, est caractérisée par des douleurs vives, un gonflement mal circonscrit et une tumeur diffuse au niveau de l'épiphyse envahie, et surtout par la violence des symptômes généraux; dans la deuxième période il y a suppuration ; l'empâtement est remplacé par de la fluctuation, le pus étant très-abondant. La fièvre, la prostration, le délire augmente, et le malade meurt, dans la troisième période, d'épuisement et d'infection. Il n'y a possibilité de guérison que si l'amputation peut être pratiquée; au début, le traitement antiphlogistique doit être employé sans grand espoir de succès. — Suivent trois observations originales.

— *Périostite traumatique du tibia*, par M. Allaux (Bulletin de la Société anatomique, p. 257). — Une observation.

— *Nécrose invaginée. — Fragmentation artificielle. — Guérison*, par M. Cabaret (Moniteur des hôpitaux, p. 469).

— *De l'opération de la nécrose au point de vue de ses principes et de sa valeur intrinsèque*, par M. Pétrequin (Gazette médicale, p. 214). — Dans ce mémoire, M. Pétrequin pose des règles pour le manuel opératoire, qui varient suivant l'os. On trouve ces préceptes dans son Anatomie topographique.

— *Nodus du tibia traité par la section de l'os*, par M. Erichsen (Gazette médicale de Lyon, p. 202).

— *Exostose aiguë du fémur, ayant perforé l'artère et la veine poplitée. — Vaste épanchement de sang et de pus. — Amputation.—Guérison*, par M. Boling (North. americ. med. chir. Review et Archives générales de médecine, février, p. 227).

— *Observation d'une exostose occupant l'orbite et la cavité nasale. — Opération. — Guérison. — Rétablissement de la vue*, par A. Mott (the amer. Journal et Gazette médicale de Paris, p. 149).

— *Hypérostose du crâne*, par M. Lipthay (Osterreich Zeitsch et Gazette hebdomadaire, p. 390).—Exemple de tumeur dure, sans troubles généraux; exophthalmie ; pas de troubles cérébraux. L'affection dure depuis longtemps.

— *Tumeur fibro-plastique considérable des os du crâne*, par M. Dumas (Gazette des hôpitaux, p. 51).

— *Ablation d'une tumeur ostéo-sarcomateuse* (Moniteur des hôpitaux, p. 371).

— *Tumeur dite fibro-plastique de la cuisse. — Extirpation totale. — Récidive. — Cachexie. — Mort. — Examen anatomique*, par M. Larrey (Gazette des hôpitaux, p. 133).

— *Tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du péroné* par M. Fauvel (Bulletin de la Société anatomique, p. 365, 1857).

— *Tumeur pulsatile de la tête du tibia droit ayant détruit le tissu osseux dans une certaine étendue. — Amputation de la cuisse à son tiers inférieur*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 595). — La lésion paraît être une tumeur fibro-plastique de l'extrémité supérieure du tibia.

— *Enchondrome du doigt*, par M. Voillemier (Gazette des hôpitaux, p. 48). — Tumeur ayant pour siége la face interne du médius ; progrès très-lents ; ablation sans détacher le périoste.

— *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens*, par M. Dolbeau (Archives de médecine, octobre, p. 448). — Réunion des observations connues.

— *Ossification développée en avant des deux ligaments rotuliens*, par M. Ancelet (Gazette des hôpitaux, p. 80).—Ces tumeurs avaient produit des accidents graves du côté de la peau ; extirpation par dissection. Guérison. Tissu osseux compacte du poids de 30 grammes.

— *Stalactites osseuses développées dans l'épaisseur du fascia-lata sur les deux cuisses*, par M. Follin (Gazette des hôpitaux, p. 464). — A la partie supérieure et latérale des deux cuisses, on remarque une produuction osseuse qui paraît être un fragment du fémur. — Ce sont des ossifications du fascia-lata ; plusieurs membres de la Société de chirurgie en ont vu des exemples.

— *Atrophie douloureuse des muscles de l'épaule*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 306). — A la suite d'une contusion, les muscles de l'épaule se sont atrophiés au point d'avoir presque complétement disparu ; douleurs très-vives.

— *Cas d'atrophie de plusieurs muscles des extrémités supérieures*, par M. Todd (Brit. med. Journ. et Gazette hebdomadaire, p. 446). — C'est un exemple d'atrophie musculaire progressive ; le galvanisme paraît avoir arrêté les progrès de la maladie.

— *Rupture du tendon rotulien. — Absence totale de réunion. — Nouvel appareil prothétique pour remédier à cette infirmité*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 202).—Homme de soixante-deux ans ; extension prolongée ; il n'y a eu aucune réunion ; l'extension est possible grâce à quelques fibres du triceps, mais elle est insuffisante pour la marche, qui ne peut se faire qu'à reculons. Le chirurgien, pour remédier à cet inconvénient, a fait construire un appareil prothétique, composé de deux tiges d'acier, brisées au niveau de l'articulation ; deux gros cordons de

caoutchouc, terminés d'un côté par des cordes à boyau et fixés à la partie antérieure du membre sur les tiges métalliques, représentent les muscles extenseurs et opèrent mécaniquement l'extension de la jambe, quand les muscles fléchisseurs cessent de se contracter.

— *Rupture du ligament rotulien*, par M. Duviver (Gazette des hôpitaux, p. 276). — Cause, contraction musculaire; écartement de quatre travers de doigt; succès obtenu par un appareil composé d'une plaque mobile pour ramener et maintenir la rotule à sa place normale; d'une vis de rappel destinée à élever ou abaisser la plaque ci-dessus; de deux coulisses où glissent les extrémités de cette plaque.

— *Sur les ruptures du tendon et du ligament rotuliens*, par M. Binet (Archives générales de médecine, mai, p. 687). — M. Binet a rassemblé un grand nombre d'observations de ces ruptures, qu'il divise en sus et sous-rotuliennes. Après quelques notions anatomiques et physiologiques sur les muscles rotuliens, il étudie le mécanisme : ces ruptures se produisent par la contraction brusque, imprévue ou exagérée du muscle, dans une chute, un faux pas, etc. — Symptômes : douleur, craquement, perte des fonctions du membre, gonflement, écartement des fragments. Pronostic grave, à cause du long séjour au lit, des roideurs articulaires, des non-réunions des parties ligamenteuses, des récidives. Traitement : plan incliné et appareil inamovible.

— *Rupture du droit abdominal à la suite d'un effort musculaire*, par M. Richardson (the Amer. Journal et Gazette médicale de Paris, p. 149).—Un jeune homme très-fort éprouva, en sautant un fossé, une vive douleur au-dessous de l'ombilic à droite. — Nausées; tuméfaction molle au niveau du point douloureux; symptômes d'étranglement herniaire; pour le faire cesser, on incise la peau et les couches sous-jacentes; on trouve un immense caillot et une rupture du muscle droit abdominal; les bords de la solution de continuité étaient distants de 2 pouces; le péritoine était refoulé vers la cavité abdominale. Pansement simple; guérison.

— *Rupture musculaire*, par M. Caron (Gazette des hôpitaux, p. 220).

— *Déplacement de l'omoplate produit par la paralysie du grand dentelé*, par M. Barton (Gazette médicale, p. 643).

— *Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée avec succès par l'excision*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 259). — Rétraction du médius chez un homme qui rame; la bride est indépendante des tendons fléchisseurs; rétraction de l'aponévrose; ablation par dissection de la totalité de la bride; extension forcée sur une palette; guérison.

— *Leçon sur la rétraction permanente des doigts*, par M. Jobert (Union médicale, p. 431).

— *Curabilité du cancer*, par M. Ferrand (Gazette des hôpitaux, p. 12). — L'auteur croit à la curabilité du cancer, quand on opère des tumeurs bien limitées, sans engorgement ganglionnaire. — Une observation.

— *De la curabilité du cancer, par M. Boinet* (Gazette hebdomadaire, p. 538). — L'auteur appelle l'attention sur les bons effets que l'on peut obtenir d'un traitement interne contre le cancer non opéré ou récidivé ; il fait remarquer que souvent une tumeur qui paraît cancéreuse se trouve être d'une autre nature, considération qui doit porter à essayer un traitement ainsi formulé : 1° préparations iodurées et bromurées ; — 2° hydrothérapie ; ablutions, douches, sudations ; bains alcalins, maïs de préférence iodo-bromurés ; — 3° purgations douces et répétées tous les quinze jours, entraînement ; — 4° boissons diurétiques, eau de Vichy de la source Lardy, acétate de potasse ; eaux ferrugineuses ; — 5° régime substantiel, fortifiant ; alimentation iodée ; — 6° habitation saine, sèche et aérée ; promenades, distractions, voyages, éloignement de toute idée triste. — Applications locales : diverses formules où se trouvent les préparations iodées. — Enfin, opération d'abord avec le bistouri ; ensuite, s'il y a récidive, avec les caustiques, la pâte de Canquoin de préférence.

— *De l'origine constitutionnelle et du traitement général du cancer*, par M. Cooke (Gazette médicale, p. 565). — M. Cooke admet la préexistence d'une diathèse ; il pense que cette affection guérit quelquefois : il faut employer l'iodure de potassium avec des toniques. — Statistique des hôpitaux de Londres.

— *Du cancer épithélial et de sa curabilité*, par M. Bertet (Union médicale, p. 191). — 1° Le cancer cutané se généralise rarement ; presque toujours, il est local. Il est donc essentiellement curable soit, et surtout, par le bistousi, soit par les caustiques, quand celui-ci n'est pas applicable ou l'est difficilement. Il est donc exclusivement du ressort de la chirurgie. — 2° Le cancer d'une autre origine (ceci est moins rigoureux) se généralise le plus ordinairement ; par conséquent, il n'est généralement accessible ni au bistouri, ni aux caustiques ; donc, il n'appartient pas légitimement à la chirurgie, et est essentiellement du ressort de la médecine.

— *Arrêt du cancer du sein*, par M. Marsden (Gazette médicale de Lyon, p. 312). — L'auteur a observé plusieurs fois que, chez les vieilles femmes, le cancer du sein reste stationnaire, ou s'atrophie plus ou moins, au point de disparaître complétement.

— *Des caustiques dans le traitement du cancer*, par M. Mignon (Gazette hebdomadaire, p. 888). — L'auteur écrit qu'un malade donné comme guéri, à la suite d'une amputation de la langue

par les caustiques, et que deux autres malades dans les mêmes conditions, sont morts rapidement d'affections cancéreuses.

— *Du rôle que jouent les corpuscules du tissu cellulaire dans le développement des tumeurs cancéreuses*, par M. Wagner (Gazette médicale, p. 422).

— *Tumeurs malignes du sein offrant les caractères microscopiques des hypertrophies mammaires*, par M. Aiken (Gazette médicale, p. 550). — Deux observations, prouvant que les tumeurs hypertrophiques ne sont pas toujours bénignes, et qu'elles peuvent récidiver et se généraliser.

— *Cancer mélanique généralisé. — Début par l'œil gauche. — Extirpation du globe oculaire. — Mort neuf mois après l'opération. — Autopsie*, par M. Campana (Bulletin de la Société anatomique, p. 293, 1857). — La matière mélanique existait dans le voisinage de l'œil, et avait envahi presque tous les viscères, les poumons, le foie, le cœur, etc.

— *Tumeur cancéreuse de l'abdomen simulant une grossesse* (Bulletin de la Société anatomique, 1858, p. 391).

— *Tumeur du sein*, par M. Gérin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 211). — Tumeur plusieurs fois récidivée ; à la surface, on trouve la structure glandulaire ; le reste est formé d'une trame fibroïde, avec beaucoup de granulations brunâtres.

— *Tumeurs fibreuses du sein droit*, par M. Gérin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 281). — Cette observation est remarquable par les nombreuses récidives se déclarant dans le tissu périphérique, alors que la glande tout entière avait été enlevée.

— *Des tumeurs adénoïdes du sein*, par M. Porez (Thèses de Paris, n° 240).

— *Tumeur du sein*, par M. Delestre (Bulletin de la Société anatomique, p. 275). — Tumeur adénoïde, enlevée avec succès.

— *Tumeur hypertrophique et inflammatoire des seins chez un jeune homme de dix-huit ans. — Guérison par les résolutifs* (Gazette des hôpitaux, p. 58).

— *Tumeur mélanique de l'aisselle gauche*, par M. Fauvel (Bulletin de la Société anatomique, p. 116). — L'auteur pense que ces tumeurs sont des exemples de tumeurs mélaniques formées par épanchement sanguin. Guérison.

— *Cancer ulcéré du sein. — Cautérisation en flèche* (Gazette des hôpitaux, p. 488).

— *Tumeur du sein*, par M. Verneuil (Bulletin de la Société anatomique, p. 328). — M. Verneuil montre cette tumeur comme un exemple des évolutions par lesquelles peuvent passer des tumeurs glandulaires. Elle offre dans ses diverses parties des aspects très-différents, qui peuvent être rapportés aux tissus colloïde, glandulaire et fibro-plastique.

— *Tumeur colloïde du sein*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 228).

— *Cancer encéphaloïde du rein gauche, du foie et des poumons*, par M. Jaccoud (Bulletin de la Société anatomique, p. 197). — Une observation.

— *Tumeur cancéreuse du bassin*, par M. Pana (Bulletin de la Société anatomique, p. 329, 1857). — Observation recueillie avec soin ; le diagnostic, entouré de difficultés, avait été porté pendant la vie du malade.

— *Cancroïde guéri par l'emploi topique du chlorate de potasse*, par M. Cooke (the Lancet, juin).—Ulcère de la lèvre, dont l'aspect a changé sous l'influence d'une solution de 600 grammes d'eau pour 15 grammes de chlorate de potasse.

— *Cancer de la main. — Amputation de l'avant-bras. — Guérison*, par M. Demarquay (Union médicale, p. 367). — Le malade a guéri de son amputation. — On trouve dans cet article quelques indications bibliographiques pour les cancers de la main.

— *Observation d'une tumeur, probablement de nature bénigne, d'un volume énorme, chez une femme de cinquante-huit ans. — Extirpation. — Guérison* (Union médicale, p. 143).

— *Encéphalocèle dans le grand angle de l'œil*, par M. Guersant (Gazette des hôpitaux, p. 283). — Présentation d'un enfant qui, pour M. Guersant, est affecté d'une tumeur formée par les membranes du cerveau et faisant hernie par la suture fronto-ethmoïdale. — Battements isochrones avec les pulsations artérielles.

— *Tumeur de la base du crâne*, par M. Dumas (Union médicale, p. 600). — Hypérostose de la fosse temporale, ayant mis très-longtemps à se développer. Le malade a succombé à une congestion cérébrale.

— *Tumeur fibro-plastique*, par M. Pinchaud (Gazette des hôpitaux, p. 483). — Sarcome celluleux des Allemands, de la région ano-coccygienne. Extirpation complète à l'aide de l'écraseur linéaire. — Guérison.

— *Tumeur fibro-plastique de la jambe*, par M. Lancereaux (Bulletin de la Société anatomique, p. 275). — Cette tumeur a nécessité l'amputation de la cuisse.

— *Tumeur fibro-plastique*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 403).

— *Cancer. — Ablation*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 391). — Tumeur de la paroi abdominale ; hémorrhagie très-grave ; opération d'urgence avec l'écraseur, pour arrêter l'hémorrhagie.

— *Tumeur fibro-plastique de la région lombaire récidivée*, par M. Coulon (Bulletin de la Société anatomique, p. 320). — Le commencement de cette observation se trouve à la page 85.

— *Tumeur fibreuse contenant dans son centre des éléments fibro-plastiques. — Mort par généralisation de l'affection*, par M. Robert (Gazette des hôpitaux, p. 583).

— *Tumeur (fibro-plastique) cancéreuse développée dans la tête du péroné*, par M. Voillemier (Gazette des hôpitaux, p. 4). — Amputation de la cuisse.

— *Tumeurs épithéliales et vasculaires enkystées de la main*, par M. Parmentier (Bulletin de la Société anatomique, p. 97).

— *Tumeur fibro-plastique du jarret*, par M. Gérin-Roze (Bulletin de la Société anatomique, p. 213). — Amputation de la cuisse.

— *Tumeur de nature spéciale et peu connue dans le cerveau et le cœur d'un enfant nouveau-né (sclérose)*, par M. Legroux (Union médicale, p. 287). — Mort subite par asphyxie déterminée par la présence de ces tumeurs. — Preuves évidentes de l'innocence de la mère, un instant soupçonnée, tirées de l'examen microscopique de l'enfant.

— *Tumeur fibro-plastique de la paroi abdominale*, par M. Paul (Bulletin de la Société anatomique, p. 325).

— *Tumeur de la rainure interfessière. — Tumeur du creux poplité*, par M. Demarquay (Moniteur des hôpitaux, p. 722).

— *Ablation de quatre kystes sébacés du cuir chevelu par la cautérisation potentielle. — Erysipèle de la face et des téguments du crâne débutant dix jours après l'opération. — Symptômes graves. — Guérison*, par M. Verneuil (Moniteur des hôpitaux, p. 74).

— *Mémoire sur le lipôme*, par M. Rouyer (le Progrès, t. Ier, p. 97, 119, 144). — Dans ce travail, M. Rouyer signale un symptôme nouveau des tumeurs graisseuses, leur translucidité, ainsi que les douleurs qui existent quelquefois dans leur voisinage : l'auteur cite également quelques cas dans lesquels le tissu graisseux était mêlé avec des tissus différents, fibreux, érectiles, etc.

— *Du traitement des loupes par la cautérisation avec l'acide azotique*, par M. Foucher (Moniteur des hôpitaux, p. 1155). — Au lieu de cautériser profondément et d'ouvrir le kyste, M. Foucher veut produire une escarre comprenant la peau ; pendant le travail d'élimination de l'escarre, la paroi du kyste devient adhérente à cette escarre, et par contre ces adhérences à la peau saine et aux parties profondes se détruisent par un mécanisme difficile à comprendre, mais qui ne manque jamais ; de sorte que, l'escarre étant isolée, le kyste s'enlève, s'écoule avec elle sans le moindre effort, et la cicatrisation peut se faire sans entraves, puisque le kyste a été enlevé.

— *Cholestéatome du cuir chevelu* (Archives générales de médecine, décembre, p. 736).

— *Usure des os du crâne par des loupes. — Conséquences pratiques*, par M. Johnson (Brit. med. Journ., septembre, et Gazette hebdomadaire, p. 861). — Une observation ; le chirurgien a dû laisser la partie profonde du kyste adhérente à l'os usé.

— *Lipôme avec dépôt de margarine cristallisée, simulant une tumeur squirrheuse ou fibreuse*, par M. Ehrmann (Gazette des hôpitaux, p. 241).

— *Corne de la région postérieure du mollet*, par M. Broca (Bulletin de la Société anatomique, p. 274). — Femme variqueuse ; la corne paraît avoir pour point de départ un follicule sébacé. — Extirpation.

— *Mémoire sur un mode particulier et non décrit de production de la paroi des kystes autour de certaines collections de pus et d'autres liquides dans les organes profonds*, par M. Robin (Gazette médicale, p. 336). — La disposition dont il s'agit est caractérisée par l'existence, à la face interne des cavités ou parois kysteuses, de colonnes charnues qui sont comparables souvent, pour la consistance, la couleur même et l'arrangement général, à celles qui tapissent les cavités ventriculaires du cœur ou celles des oreillettes. Malgré cet aspect extérieur, on ne trouve jamais de fibres musculaires ni de la vie animale, ni de la vie organique, dans ces faisceaux ; leur surface est tapissée par une espèce de membrane séreuse. Ce sont des kystes à parois fibreuses, plus ou moins épaisses suivant les cas, dont souvent la consistance est considérable, qui crient sous le scalpel ou les ciseaux qui les coupent, et qui, alors, ont souvent été dites de nature squirrheuse.

— *Kyste de la région parotidienne*, par M. Chassaignac (Bulletin de la Société anatomique, p. 318). — L'opérateur a enlevé toute la paroi du kyste, bien que la tumeur ait été ouverte dès le début de l'opération.

— *Kyste du cuir chevelu avec dépôt granuleux. — Extirpation*, par M. Ancelet (Gazette des hôpitaux, p. 259).

— *Membrane tapissant la surface interne d'un kyste sébacé*, par M. E. Simon (Bulletin de la Société anatomique, p. 129).

— *Kystes et tumeur épigénétique du périnée*, par M. Luschka (Archives générales de médecine, septembre, p. 352).

— *Kyste de la région poplitée*, par M. Sée (Bulletin de la Société anatomique, p. 24). — Il communiquait avec la synoviale articulaire, bien qu'il en fût assez éloigné. Pièce rencontrée sur un cadavre.

— *Kyste hydatique sous-cutané*, par M. Bourgeois (le Progrès, t. II, p. 138). — Une observation.

— *Injection iodée employée avec succès dans un cas de kyste*

séreux du gros orteil, par M. Creuszer (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février).

— *Résorption d'hydatides opérée par l'iode* (Gazette médicale de Lyon, p. 444).

— *Tumeurs hydatiques*, par M. Rouyer (le Progrès, t. Ier, p. 313). — Cette note contient quatre observations de kystes hydatiques sous-cutanés et intramusculaires dans lesquels le diagnostic présentait quelques difficultés.

—*Des hématocèles du pavillon de l'oreille chez les lutteurs, les aliénés et les écoliers*, par M. Mallez (Thèse inaugurale de Paris).— M. Mallez rappelle les travaux antérieurs faits sur le même sujet, et rapporte six nouvelles observations ; pour lui, il faut toujours, pour produire cette maladie, l'intervention d'une violence plus ou moins forte. La peau, en se séparant du cartilage sous-jacent, donne naissance à une petite cavité qui se remplit de sang et de sérosité sanguinolente. Le meilleur traitement consiste à faire de grandes incisions et à mettre, dans le fond de la plaie, des bourdonnets de charpie.

— *De la saignée de la jugulaire, et en particulier de son emploi dans le traitement de l'asphyxie*, par M. Gros (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 153). — Les expériences ayant prouvé que la saignée de la jugulaire est un puissant moyen de dégorger le cerveau et le cœur droit, les praticiens devraient l'employer plus souvent dans les cas où elle est indiquée.

— *Dissertation sur la phlegmasie blanche*, par M. Fontan (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Du phlegmon de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 391). — M. Verneuil décrit un phlegmon du cou auquel il attribue, comme point de départ, une inflammation de la bourse séreuse de l'angle de la mâchoire. Les caractères de ces phlegmons sont une tumeur arrondie, volumineuse, étendue dans la région parotidienne en haut, jusqu'au voisinage du trou mentonnier en bas, se perdant en avant dans l'épaisseur de la joue et atteignant en arrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Le point le plus saillant correspond à l'angle de la mâchoire qu'on ne peut plus percevoir par le toucher. — Gêne des mouvements d'écartement de la mâchoire. — La fluctuation est sentie tout d'abord au niveau de la bourse séreuse. Après l'ouverture de l'abcès, le doigt tombe dans un foyer circonscrit peu étendu. — Résolution rapide et franche dès que le pus est évacué. — Il faut de bonne heure chercher le foyer et faire une incision dans le point correspondant à la bourse séreuse.

— *Essai sur le traitement de l'inflammation par la compression digitale*, par M. Vanzetti (Union médicale, p. 457).—M. Vanzetti a obtenu de très-bons effets de la compression digitale sur

les artères, pratiquée comme pour les anévrismes, dans les cas de phlegmons, d'arthrites, d'inflammation des doigts. — Deux observations dans lesquelles on peut noter la rapidité de la guérison.

— *Essai sur le traitement de l'inflammation par la compression digitale*, par M. Vanzetti (Union médicale, p. 614). — Extrait d'un journal dans lequel on trouve trois nouvelles observations de phlegmons diffus, rapidement guéris par la compression digitale.

— *Traitement du phlegmon diffus par la compression digitale de l'artère* (Gazette médicale de Lyon, p. 353). — Article favorable à ce mode de traitement.

— *Du traitement de quelques inflammations*, par M. Eisenman (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 502). — L'auteur passe en revue plusieurs moyens, tels que la compression, etc.

— *Phlegmon diffus de la jambe*, par M. Lejuge (Bulletin de la Société anatomique, p. 278). — Ce phlegmon est survenu sur un membre fracturé, il y a deux ans ; il restait une esquille ; les fragments présentaient des épines que l'auteur regarde comme la cause du phlegmon. — Mort avec diarrhée.

— *Phlegmon diffus du bras gauche*, par M. Blanc (Gazette des hôpitaux, p. 166). — Gangrène de l'avant-bras. Amputation. Guérison.

— *Du panaris sous-épidermique érysipélateux*, par M. Ancelon (Gazette des hôpitaux, p. 554). — Le panaris dont il s'agit est cette forme qui a de la tendance à produire le décollement de l'épiderme avec douleur, rougeur, suppuration sur toute la ligne de circonscription du panaris, après l'ouverture des phlyctènes et l'excision de l'épiderme décollé. — Les émollients ne conviennent plus au moment où l'épiderme est soulevé ; il faut exciser ces phlyctènes et circonscrire le mal en cautérisant, avec le nitrate d'argent, la circonférence. — Ce panaris, négligé, peut devenir très-grave.

— *Du panaris et du phlegmon de la main*, par M. Bauchet (Paris, Delahaye ; in-8°, 53 pages). — Nous analyserons cet ouvrage en parlant, l'année prochaine, de la deuxième édition, plus complète que la première.

— *Bubons suppurés. — Sétons filiformes*, par M. Pontus (Archives belges de médecine militaire, juin). — Bons effets dans les adénites inflammatoires ; insuccès dans les bubons chancreux, qui sont aggravés par ce mode de traitement.

— *Psoïtis*, par M. Marrotte (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 456). — Suppuration ; ouverture artificielle du foyer par le caustique de Vienne, à la région lombaire. — Injections iodées ; régime tonique ; guérison.

— *Abcès de la fosse iliaque gauche*, par M. Garnier (Bulletin

de la Société anatomique, p. 79). — Nouvelle accouchée; fièvre hectique; mort.

— *Bons effets des exutoires opposés aux phlegmons et aux abcès*, par M. Dequevauviller (Union médicale, p. 600). — Trois observations; de larges vésicatoires au début ont arrêté des phlegmons du bras, du ligament large.

— *Vaste abcès sous-deltoïdien à droite* (service de M. Laugier), (Gazette des hôpitaux, p. 301). — En même temps que cet abcès, le malade avait un abcès chronique autour du premier métatarsien droit, simulant une tumeur blanche métatarso-phalangienne du gros orteil. — Guérison sans amputation. — L'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est basé, pour établir le diagnostic, sur l'âge du malade (trente-cinq ans), sur sa bonne constitution, et enfin sur l'existence des mouvements non douloureux dans l'articulation autour de laquelle se trouve l'inflammation.

— *Abcès intracranien*, par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 88). — Erosion des os par un abcès placé sous la dure-mère, chez un homme mort de farcin chronique.

— *Vaccination comme moyen de hâter la résolution des abcès*, par M. Graves (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 478). — Deux observations : la phlogose, provoquée par la vraie ou fausse vaccine, produit une inflammation substitutive assez forte pour amener la guérison des abcès sur lesquels elle est pratiquée. — L'abcès est préalablement ouvert; c'est sur les lèvres de la plaie que l'on fait l'inoculation.

— *Sur le mal perforant du pied*, par M. Dieulafoy (Journal de médecine de Toulouse). — Une observation, avec quelques remarques générales.

— *De l'onyxis*, par M. Jobert (Gazette des hôpitaux, p. 469). — M. Jobert établit une distinction entre l'onyxis, qui est l'inflammation de la matrice de l'ongle, et l'ongle rentré dans les chairs. Pour cette dernière affection, M. Jobert n'enlève que la moitié de l'ongle; il cautérise avec le fer rouge la surface dénudée.

— *Ongle incarné guéri par l'emploi d'une pommade au perchlorure de fer*, par M. Alcantra (Annales de Roulers).

— *Cure des cors par la teinture d'iode*, par M. Varges (Gazette médicale de Lyon, p. 401). — Les cors les plus invétérés guérissent en peu de temps, en les touchant trois ou quatre fois par jour avec un pinceau imbibé de teinture d'iode.

— *Résumé général du service de la clinique chirurgicale*, par M. Velpeau (Gazette des hôpitaux, p. 393).

— *Serre-nœud*, par M. Maisonneuve (Gazette des hôpitaux, p. 320). — M. Maisonneuve présente les instruments dont il se sert pour les opérations qu'il désigne sous le nom de *ligature extemporanée*. Ces instruments sont au nombre de trois; ils sont

construits à peu près sur le même modèle et différents surtout par leurs dimensions. Le premier est désigné, par M. Maisonneuve, sous le nom de *serre-nœud de trousse*. C'est un serre-nœud de Græfe avec une anse en fil de fer, pour les petites opérations. Le deuxième est désigné sous le nom de *serre-nœud d'appareil*. C'est le même modèle, mais beaucoup plus fort. L'anse métallique est formée de plusieurs fils de fer tordus en corde. — Avec ces deux premiers instruments, M. Maisonneuve exécute toutes les opérations que l'on peut pratiquer avec l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. Il a fait construire le troisième instrument, qui est beaucoup plus grand que le deuxième, pour pratiquer l'amputation de la cuisse, et il le désigne sous le nom de *grand constricteur*. — Avantages de cette méthode.

— *Résultats des opérations chirurgicales graves, dans les hôpitaux de province*, par Bardy-Delisle (Gazette médicale de Paris, p. 263, et Bulletin de thérapeutique, LV, p. 82). — L'auteur pense qu'il serait très-utile de faire une statistique des opérations pratiquées dans les hôpitaux de province, comparée à celle des hôpitaux de Paris. Il donne ensuite le relevé des opérations faites à l'hôpital de Périgueux. En cinq ans, il n'y a pas eu un seul décès à la suite d'une opération chirurgicale quelconque. Ce résultat doit être attribué à l'absence des influences délétères qui naissent fatalement de toutes les grandes agglomérations.

— *Lettre chirurgicale sur le régime des opérés*, par M. Ollier (Gazette médicale de Lyon, p. 404). — M. Ollier, dans cette lettre, appelle l'attention sur les bons résultats que donne l'alimentation des opérés, suivant les idées de Ph. Boyer.

— *Du régime des opérés*, par M. Verneuil (Gazette hebdomadaire, p. 529). — Dans cette note, M. Verneuil, se déclarant partisan de l'idée de nourrir les opérés d'une manière substantielle et dès le premier jour, cite une observation prise dans un journal anglais, pour plaider en faveur de la cause qu'il soutient. En Angleterre, ces idées paraissent généralement admises.

— *Sur le traitement à suivre après les opérations chirurgicales*, par M. Jones; rapport de M. Larrey (Union médicale, p. 286). — Traitement substantiel dès le lendemain de l'opération ; opium et sulfate de quinine. Avec cette méthode, M. Jones n'a jamais eu d'infection purulente.

— *Observations chirurgicales*, par M. Léry (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Observations et réflexions sur quelques plaies remarquables*, par M. Saurel (Revue thérapeutique du Midi, p. 409).

— *De l'irrigation dans les plaies des extrémités*, par M. Leflaive (Moniteur des hôpitaux, p. 308). — La méthode conservatrice doit ses succès constants à l'emploi des émollients et de l'irrigation. L'irrigation est le spécifique des plaies contuses et

déchirées graves des extrémités : elle offre les mêmes avantages dans les plaies des extrémités, suite d'opérations; de plus, elle ne s'oppose pas à la cicatrisation, et prévient les engorgements consécutifs. On peut, par conséquent, en continuant son usage, enlever, sans inconvénient aucun, dans le cas de plaies contuses et déchirées, les parties que l'on juge utile de retrancher.

— *De l'emploi des irrigations continues*, par M. Millet (Moniteur des hôpitaux, p. 539). — Bons effets.

— *De l'irrigation continue dans les plaies par écrasement*, par M. Lachaze (Thèses de Paris, n° 104).

— *Introduction de l'air dans les foyers purulents* (Gazette hebdomadaire, p. 109).

— *Essai sur la cicatrisation des plaies à l'air libre*, par M. Girouard (Thèses de Paris, n° 175).

— *Sur les indications et le but de la chirurgie sous-cutanée*, par M. Adams (Union médicale, p. 414). — Enumération des différents cas dans lesquels les opérations sous-cutanées sont indiquées.

— *Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation dite de cautérisation en flèches, permettant d'obtenir en une seule séance la destruction des tumeurs les plus volumineuses*, par M. Maisonneuve (Académie des sciences, 20 septembre, et Paris, imprimerie Plon ; in-8°, 23 pages). — A l'aide de flèches de pâte de Canquoin, de formes variées, enfoncées dans les tissus, soit directement, soit après avoir préparé la voie avec le bistouri, la nouvelle méthode détruit les tissus de l'intérieur à l'extérieur. Les flèches sont, ou bien introduites suivant une ligne parallèle à la base de la tumeur, de manière que les pointes convergent toutes vers son centre (cautérisation circulaire), ou bien on les enfonce toutes parallèlement entre elles dans l'épaisseur de la tumeur à détruire (cautérisation parallèle ou en faisceaux), ou bien enfin on place une flèche fusiforme dans le centre même de la tumeur (cautérisation centrale).

— *Amputations multiples et coup sur coup des membres* (Gazette des hôpitaux, p. 574). — Une observation, démontrant l'utilité des amputations doubles coup sur coup, dans de graves lésions traumatiques.

— *Considérations sur les plaies d'armes à feu traitées à l'hôpital de Canlidjé (Bosphore), durant la campagne d'Orient*, par M. Champenois (Vannes, imprimerie de Lamarzelle ; in-8°, 103 pages).

— *Tableau synoptique ou Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, par M. Chassaignac (Paris, imprimerie Martinet ; grand in plano, 4 colonnes).

— *Quelques considérations sur le traitement de la pourriture*

d'hôpital épidémique, par M. Maupin (Paris, imprimerie Henri et Noblet; in-8°, 20 pages).

— *Tétanos terminé par l'amputation*, par M. Anderson (Charlestown med. Journ., janvier, et Revue étrangère, p. 31).

— *De la diphtérite des surfaces traumatiques*, par M. Heyfelder (Aster. Zeitsch. et Revue étrangère, p. 167).

— *Considérations sur la pourriture d'hôpital observée en Orient, et sur son traitement par le perchlorure de fer*, par M. Bourot (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Infection purulente*, par M. Laborie (Gazette des hôpitaux, p. 203). — Observation d'un malade mort d'infection purulente, survenue plusieurs jours après la cicatrisation d'une plaie d'amputation.

— *Essai sur le tétanos traumatique*, par M. Duhamel (Thèses de Paris, n° 276).

— *Suppuration bleue*, par M. Delore ((Gazette des hôpitaux, p. 378). — L'auteur pense que la matière qui colore le pus est un produit intermédiaire entre l'hématine et la biliverdine.

— *Blessures par les grenades fulminantes du 14 janvier*, par M. Voillemier (Gazette des hôpitaux, p. 60). — Après avoir montré deux os du crâne, traversés d'outre en outre par des éclats de bombe, l'auteur dit qu'en général les projectiles retirés des plaies à la suite du 14 janvier sont très-petits, ce qui a diminué la gravité des plaies.

— *Cautérisation comme moyen curatif des accidents qui surviennent à la suite des piqûres anatomiques*, par M. Philipeaux (Gazette des hôpitaux, p. 54). — L'auteur recommande de cautériser profondément la plaie et de ne pas craindre, s'il est nécessaire, d'inciser les tissus avoisinants malades, afin d'atteindre avec le fer rouge les veines et les vaisseaux lymphatiques affectés.

— *Blessure produite par une des bombes fulminantes du 14 janvier*, par M. Broca (Gazette des hôpitaux, p. 216). — Eclat de bombe arrêté dans la cavité médullaire du fémur. — Fracture spiroïde de cet os au-dessus de ce projectile. — Ossification de la moelle.

— *Blessures produites par une explosion de gaz, à l'église Saint-Sulpice*, par M. Boys de Loury (Gazette hebdomadaire, p. 92).

— *Cas de mort après la cautérisation en flèches*, par M. Bauchet (Gazette des hôpitaux, p. 608). — Cette opération avait été partiquée sur une tumeur cancéreuse du sein ; le caustique avait pénétré dans la poitrine ; il a provoqué des douleurs intolérables et il a fusé au loin. — Flèches avec la pâte de Canquoin.

— *De la galvano-caustie ou application de la chaleur élec-*

trique dans les opérations chirurgicales, par M. Cattin (Thèses de Paris, nº 84).

— *Des sutures et des ligatures métalliques dans les plaies et les opérations chirurgicales*, par M. Simpson (Med. Times, et Revue étrangère, p. 113). — Ce mémoire n'est pas traduit en entier; M. Simpson proclame la supériorité des fils métalliques.

— *Plaie de l'avant-bras. — Lésion de l'artère radiale. — Compression. — Hémorrhagies consécutives. — Ligature de l'humérale. — Guérison*, par M. Valette (Revue thérapeutique du Midi, p. 628).

— *Plaie de l'aisselle produite par un coup de couteau. — Hémorrhagies répétées. — Ligature de l'artère sous-clavière. — Guérison*, par M. Soulé (Gazette des hôpitaux, p. 238).

— *Nouveau procédé d'autoplastie*, par M. Reybard (Académie des sciences, 22 mars). — M. Reybard envoie un mémoire sur un nouveau procédé d'autoplastie, dit par adossement des lambeaux, dans le traitement des anus contre nature. — Il fait connaître, outre le procédé autoplastique mentionné dans le titre, un nouveau mode de suture enchevillée. On y trouve de plus deux observations d'anus contre nature guéris par le procédé décrit.

— *Restauration des cicatrices vicieuses*, par M. Decès (Gazette des hôpitaux, p. 168). — L'auteur insiste particulièrement sur deux procédés dont il est l'inventeur : l'un, qn'il désigne sous le nom de *sections ondulées ou en zigzag*, applicable au traitement des cicatrices trop courtes, l'autre qui est applicable au traitement des adhérences vicieuses, et qui consiste à utiliser le tissu cicatriciel, pour en faire un lambeau que l'on couche et que l'on fixe au fond d'une incision, de manière à constituer une commissure. Ce dernier procédé a été appliqué avec succès par l'auteur dans plusieurs cas de syndactylie et de symblépharon. On avait déjà eu recours à l'autoplastie pour former des commissures et pour empêcher la récidive des adhérences, mais on se servait de lambeaux pris dans la peau saine des parties adjacentes. M. Decès, au contraire, forme ce lambeau avec la cicatrice même.

— *Recherches critiques sur l'histoire de l'autoplastie*, par M. Verneuil (Académie de médecine, 9 mars). — Il résulte de ces recherches que Celse a posé les premières règles de l'autoplastie, et que ces préceptes sont depuis tombés dans l'oubli pendant fort longtemps. Branca, et plus tard Franco, ont réhabilité cette méthode ; enfin, à une époque plus rapprochée de nous, c'est à Covillard, J.-L. Petit, Saviard, Chopart et Boyer, que revient l'honneur d'avoir propagé cette ressource chirurgicale, et d'avoir communiqué l'impulsion.

— *De quelques modifications nouvelles apportées à l'opération de la rhinoplastie* (Gazette hebdomadaire, p. 168). — L'auteur passe en revue quelques procédés récents de rhinoplastie.

— *Elytroplastie par glissement*, par M. Jobert (le Progrès, t. I, p. 253). — Une observation.

— *Syndactylie accidentelle. — Autoplastie. — Gangrène du lambeau. — Guérison par l'écartement simple des doigts*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 544).

— *Procédé d'autoplastique pour la cure radicale des doigts palmés*, par M. Busi (Gazette médicale, p. 702). — Dans ce procédé, incision le long du bord libre de la membrane unissante; séparation en deux feuillets, dorsal et palmaire, au moyen d'une spatule, jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; incision sur la face dorsale de l'un des doigts, et sur la face palmaire de l'autre. On obtient ainsi deux lambeaux que l'on transplante sur la face interdigitale du doigt, auquel le lambeau est resté adhérent. — Réunion avec des points de suture. — Un succès.

— *Sur l'utilité de la ventilation des plaies et des ulcères*, par M. Bouisson (Académie des sciences, 4 octobre). — La ventilation des plaies et des ulcères est utile dans un très-grand nombre de cas comme moyen curateur. — Elle amène la guérison en desséchant les surfaces nues, et en les recouvrant d'une croûte formée par le résidu des liquides évaporés. — Cette croûte a pour effet d'isoler la plaie du contact de l'air et des corps extérieurs, de favoriser un mode de cicatrisation plus simple et plus régulier que celui des plaies exposées, dont le pansement peut détruire la cicatrice en voie d'organisation. — La cicatrisation sous-crustacée est, pour les plaies ouvertes, ce que la cicatrisation sous-cutanée est pour les plaies fermées. — Les plaies et les ulcères ventilés se cicatrisent plus promptement et avec moins d'accidents primitifs ou consécutifs que les plaies soumises aux pansements par les corps gras ou autres topiques médicamenteux. — La ventilation développe des effets qui se traduisent par la réfrigération locale, l'action astringente et antiphlogistique, la dessiccation de la plaie, son isolement ou son occlusion, et la préservation de l'action septique du pus. — Elle s'exerce simplement à l'aide du soufflet ordinaire ou au moyen de ventilateurs spéciaux. — Cette méthode thérapeutique est applicable au traitement des plaies non réunies, récentes ou anciennes, d'une étendue petite ou moyenne. On peut l'appliquer aussi au traitement des ulcères simples, de la brûlure, etc. Son action peut être auxiliaire d'un traitement général, être précédée de celui-ci ou se combiner avec d'autres précautions. — Elle offre plusieurs avantages indirects, notamment l'économie de la charpie et du linge à pansements.

— *De la réunion des parties presque entièrement séparées du corps*, par M. Ripoll (Moniteur des hôpitaux, p. 35). — Deux observations de succès, dans des cas qui paraissaient très-défavorables.

— *Kéloïdes développées sur des cicatrices*, par M. Legouest

(Gazette des hôpitaux, p. 464). — Ces kéloïdes existent chez ce malade sur les moindres excoriations, et surtout sur une cicatrice de la région mastoïdienne; en cet endroit, elle a récidivé deux fois.

— *Chlorate de potasse. — Son action topique sur les ulcères et les gerçures du sein*, par M. Hutchinson (the Lancet et Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 233). — On en met une légère couche sur l'ulcère; bons effets.

— *Ulcères cutanés rebelles. — Chlorate de potasse*, par M. Bouchut (Journal de médecine et de chirurgie, juin). — Bons effets obtenus dans un cas d'ulcère scrofuleux et dans plusieurs cas d'engelures ulcérées.

— *De l'utilité d'un traitement interne par l'iodure de potassium, dans les ulcères des jambes*, par M. Trastour (Gazette hebdomadaire, p. 862, et Archives générales de médecine, novembre, p. 621). — L'auteur rapporte plusieurs observations qui mettent en évidence l'action de l'iodure de potassium sur les ulcères; sous l'influence de son administration, on voit la suppuration ulcéreuse changer rapidement de nature, perdre son odeur fétide, l'état de la plaie se modifier avantageusement, l'engorgement disparaître, la douleur cesser, la marche devenir facile, et, enfin, la guérison être bientôt complète.

— *Nouvelle manière de cautériser les ulcères*, par M. Riboli (Gazette médicale de Lyon, p. 106). — Solution de nitrate d'argent; on en imbibe des plumasseaux qu'on laisse sécher; pansement avec cette charpie caustique.

— *Fistule profonde de la fesse gauche*, par M. Amussat (Gazette des hôpitaux, p. 166). — Insuccès des injections iodées; cautérisation avec le caustique Filhos et le chlorure de zinc suivi d'une dernière injection iodée. — Guérison.

— *Chute de cheval. — Contusion du genou*, par M. Peyronnet, (Moniteur des hôpitaux, p. 35). — Epanchement articulaire. — Ponction; application d'un vésicatoire. — Guérison.

— *Epanchement de sérosité consécutif à une contusion*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 284). — Cet épanchement ne paraît pas avoir été précédé d'un épanchement sanguin.

— *Hypertrophie congénitale des deux membres droits. — Taches sanguines multiples. — Varices*, etc., par M. Chassaignac (Gazette des hôpitaux, p. 215).

— *Hypertrophie du membre inférieur droit*, par Adams (the Lancet, août, et Gazette médicale de Lyon, p. 333). — L'hypertrophie portait sur tous les tissus; un vaste nævus occupait presque tout le membre; la coloration était superficielle, et il n'y avait aucune lésion des vaisseaux. Pas de gêne dans les fonctions. Congénital. — Indication d'un cas analogue observé à Paris.

— *Prothèse des membres*, par M. de Beaufort (le Progrès, t. II, p. 219, et Gazette des hôpitaux, p. 119).

— *Tumeur de la luette*, par M. Vidal (Bulletin de la Société anatomique, p. 227). — Petite tumeur par hypertrophie papillaire. Extirpation ; disparition de la sécheresse à la gorge et du besoin de déglutition, qu'elle avait déterminés.

— *Fiole extraite du rectum d'un individu, qui se l'y était volontairement introduite*, p. M. Siredey (Bulletin de la Société anatomique, p. 23).

— *Observation de contracture du sphincter de l'anus*, par M. Blot (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 450). — Elle s'accompagnait de phénomènes insolites, d'une toux rebelle. — Guérison rapide à l'aide de la dilatation brusque.

— *De l'électro-puncture dans le traitement des varices et des anévrismes*, par MM. Gamberini et Torri (Gazette médicale, p. 702).

— *Hydrarthrose du genou*, par M. Tartivel (le Progrès, t. II, p. 214). — Deux observations de guérison par l'hydrothérapie.

— *Observations sur le dragonneau ou ver de Médine*, par M. Cezilly (Thèses de Paris, n° 203).

— *De l'arthrogelure*, par M. Beau (Gazette des hôpitaux, p. 370). — L'auteur décrit, sous ce nom, une espèce d'arthrite, qui affecte l'articulation métatarso-phalangienne, qui se rattache à l'engelure par la région qu'elle affecte, par sa marche, par sa cause qui est le froid, et surtout par sa coïncidence avec l'engelure. — Affection peu grave. — Traitement général par les toniques ; traitement local par les émollients et les résolutifs.

— *Réflexions pratiques sur un cas de paralysie du membre supérieur*, par M. Landry (Moniteur des hôpitaux, p. 630).

— *De quelques anasarques de causes douteuses*, par M. Borde (Thèses de Paris, n° 24).

— *Traitement des corps étrangers de l'articulation du genou*, par M. L. Larée (Thèses de Paris, n° 63).

— *Fracture avec luxation de l'astragale*, par M. Sédillot (Académie des sciences, 22 mars). — Fracture et luxation de l'astragale ; extraction de cet os en totalité et résection de l'extrémité articulaire inférieure du péroné et du tibia, dont la malléole avait été réduite en fragments. Le malade a guéri et toutes les fonctions du membre se sont rétablies, avec un raccourcissement de 4 à 5 centimètres, auquel on a remédié par l'élévation proportionnelle de la chaussure.

— *Affections utérines traitées par l'hydrothérapie*, par M. le docteur Tartivel (le Progrès, t. Ier, p. 113, 177, 197, 285, 395, 430, 485.

— *Traitement des occlusions partielles du col utérin, par des*

tentes de gentiane, par M. Aveling (Med. Times and Gaz., 26 juin, et Gazette hebdomadaire, p. 711).

— *De l'électricité dans le traitement de l'hydrocèle*, par M. Rodolfi (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 138). — Sur quatre cas, l'auteur a obtenu trois guérisons ; l'opération se compose de trois temps : 1° implantation des aiguilles dans la tumeur ; 2° établissement du courant électrique ; 3° changement des pôles et extraction des aiguilles.

— *Du traitement de la fistule lacrymale*, par M. Gosselin (Gazette des hôpitaux, p. 173). — Ce chirurgien signale les inconvénients du séton, de la cautérisation oblitérante, et fait ressortir les avantages de la canule à demeure. Celle-ci n'est posée qu'après dilatation préalable par les clous de plomb. Elle est assez forte (n° 10) ; l'opération et même le renouvellement des clous sont faits sous l'influence du chloroforme. — Il est essentiel de pousser des injections détersives dès les premiers jours de l'opération.

— *Traitement de la fistule lacrymale par l'oblitération du canal nasal, obtenue au moyen de la cautérisation galvanique*, par M. Restelli (Gazette médicale de Lyon, p. 202). — L'auteur se sert d'un fil de platine, qui, traversant toute l'étendue du sac et du canal nasal, est mis en communication avec les deux pôles d'une pile.

— *Traitement de la fistule lacrymale à sa première période*, par M. Quadri (Gazette médicale de Lyon, p. 488). — Traitement par les injections abondantes d'eau et par les injections de teinture d'iode ; les premières se font par une petite canule d'ivoire que l'on introduit dans un des points lacrymaux ; les secondes avec une petite seringue ne contenant que la quantité de liquide que peut renfermer le sac lacrymal. — Deux injections iodées suffisent pour la cure.

— *Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymale par l'excision des conduits*, par M. Tavignot (Académie des sciences, 3 mai). — Voici, d'après l'auteur, le résultat de ses opérations : — En excisant la partie antérieure des conduits lacrymaux pour obtenir leur oblitération, on guérit d'emblée, et dans l'espace de quelques jours seulement, le tiers des malades environ. Les deux autres tiers des opérés non guéris d'emblée, c'est-à-dire dans la huitaine, ont tous accusé une amélioration marquée dans leur état, tenant surtout à une diminution notable de l'engorgement du sac et du larmoiement. Ce demi-succès se trouve, dans tous les cas, en rapport direct avec le degré de difficulté qu'éprouvent les larmes à passer dans le sac ; une moins grande quantité de larmes amenant une irritation moins prononcée du sac, et cette irritation moins prononcée du sac provoquant, par sympathie, une sécrétion lacrymale inférieure en quantité à celle qui exis-

tait primitivement. — Pour achever la guérison commencée, que faut-il faire ? Il faut recommencer l'excision palpébrale là où elle n'a pas réussi ; et la recommencer une fois, deux fois, trois fois, comme nous l'avons fait souvent et sans aucun inconvénient. Lorsque les conduits lacrymaux sont oblitérés à leur partie antérieure, en un mot, quand il n'y a plus de contact possible entre les larmes et la muqueuse du sac, il y a guérison complète et définitive.

— *Note sur le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par la trépanation*, par M. Demarquay (Union médicale, p. 393). — L'auteur restreint ce genre d'opération aux cas rebelles à tout autre traitement, et surtout à ceux qui sont liés à une carie ou une nécrose, soit de l'unguis, soit de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. — Il décrit son manuel opératoire, et cite deux cas, deux succès.

— *Entropion des deux paupières inférieures. — Opération. — Guérison*, par M. Robert (Union médicale, p. 354). — Opération : lambeau taillé sur la face cutanée ; réunion au moyen de serres-fines.

— *Double kéloïde conjonctivale*, par M. Verneuil (Gazette des hôpitaux, p. 475). — A la suite d'une brûlure par l'acide sulfurique, un malade présente une adhérence palpébro-oculaire que M. Verneuil hésite à détruire, à cause de la présence de kéloïdes chez le malade, et de la nature de la bride oculaire. — Il fera l'opération en engageant l'extrémité palpébrale de la tumeur dans une incision pratiquée en tissu sain, à la partie inférieure de la paupière.

— *Application de l'autoplastie au symblépharon*, par M. Legouest (Gazette des hôpitaux, p. 357). — L'auteur montre la difficulté de maintenir la cavité artificielle, le sillon conjonctival supérieur, obtenu par une opération, à la suite de symblépharon. — Il propose la section transversale des surfaces cicatricielles oculaire et palpébrale. Les surfaces saignantes sont ensuite réunies entre elles. — Une observation suivie de succès ; un œil de verre peut être appliqué et maintenu.

— *De la blépharoplastie, par fusion temporaire des paupières*, par M. Rouyer (le Progrès, t. II, p. 29). — Ce mémoire contient seize observations de blépharoplastie, par cette méthode, qui a été proposée par M. le docteur Mirault, d'Angers ; les résultats obtenus ont été très-satisfaisants.

— *Blépharoplastie*, par M. François (Académie de médecine, 21 septembre). — Une incision horizontale, partant de l'angle externe de l'œil, est dirigée vers la tempe, dans l'étendue de 2 centimètres, pour largement dépasser les limites du mal ; de l'extrémité de celle-ci, une incision verticale de 4 centimètres à peu près parcourt la région malaire. Une troisième incision parallèle

à cette dernière, et d'une égale longueur, part de l'angle interne de l'œil ; enfin le mal est cerné par une quatrième incision horizontale, qui réunit les deux dernières, en suivant la ligne de la paupière. On dissèque alors le voile pour l'enlever, en ayant soin, c'est là le nœud du procédé nouveau, de conserver le plus possible des fibres du muscle orbiculaire et de la muqueuse palpébrale. Cela fait, le lambeau renfermé dans les deux incisions verticales est disséqué jusqu'à ce qu'il soit possible de le ramener facilement sur le globe de l'œil. Le bord libre de la paupière supérieure est avivé pour détruire des ulcérations de nature douteuse. On fait glisser le lambeau au niveau de la paupière enlevée, et on comprend dans l'anse de la suture, qui doit mettre en contact le lambeau et la paupière supérieure, les fibres des muscles orbiculaires et les parties de la muqueuse palpébrale conservée. Quatre points de suture sont ainsi placés, et deux autres points de suture rapprochent les lèvres des incisions verticales.

— *Mémoire sur le croup des paupières ou diphthérite conjonctivale*, par M. Magne (Académie des sciences, 28 juin). — L'auteur fait connaître quatre cas de cette maladie qu'il a traités avec succès, et termine son mémoire par le résumé suivant : — 1° La diphthérite conjonctivale est une maladie de nature couenneuse, comme le croup. — 2° La diphthérite conjonctivale a des signes particuliers qui ne permettent pas de la confondre avec l'affection que l'on a désignée sous le nom d'*ophthalmie pseudo-membraneuse*. — 3° La diphthérite conjonctivale affecte spécialement les enfants. — 4° La diphthérite conjonctivale ne paraît pas être une maladie purement locale, elle semble liée à un état général ; aussi la prudence recommande-t-elle de s'abstenir d'employer, pour la combattre, les exutoires, qui, à leur tour, pourraient constituer une complication. — 5° La diphthérite conjonctivale ne semble pas, en général, offrir le caractère contagieux. Sans nous prononcer formellement sur cette question, c'est du moins ce qui résulte de nos observations, cette affection n'ayant jamais occupé qu'un œil, et l'autre œil ayant toujours été exposé au contact des liquides sécrétés par la conjonctive malade, quelque pressantes qu'aient été nos recommandations à ce sujet. — 6° La diphthérite conjonctivale est une affection très-rare et assez grave, mais de nature curable.

— *Ophthalmies contagieuses* (Presse médicale belge). — Il n'existe pas d'ophthalmie militaire en tant que déterminant une spécificité quelconque. Il y a chez les militaires des ophthalmies de nature, de cause et forme distinctes ; la profession militaire peut tout au plus créer une prédisposition.

— *Recherches sur les ophthalmies contagieuses*, par M. Guyomar (Thèses de Paris, n° 282).

— *Nouveau traitement de l'ophthalmie purulente*, par M. de

Condé (Archives belges de médecine militaire, mai). — Outre les moyens ordinaires, l'auteur se sert de mèches de coton qu'il place entre les paupières et le globe oculaire, dans le but d'absorber les sécrétions ; il faut renouveler ces mèches toutes les deux heures, et on peut les imbiber de substances médicamenteuses.

— *Inoculation du fluide blennorrhagique comme moyen curatif du pannus* (Gazette médicale de Lyon, p. 66).

— *De l'irrigation continue, appliquée au traitement de l'ophthalmie*, par M. Chandelux (Lyon, imprimerie Storck; in-8°, 24 pages, 1 planche lithographiée).

— *De l'ophthalmie blennorrhagique*, par M. Courserant (Gazette des hôpitaux, p. 112). — Gravité de l'affection ; une observation qui montre l'inanité de moyens énergiques employés à partir du troisième jour des accidents. Le nitrate d'argent en collyre, la cautérisation par le sulfate de cuivre, des topiques astringents, le calomel, les scarifications, ne peuvent prévenir la perte de la cornée.

— *Conjonctivite purulente des nouveau-nés*, par M. Desmarres (Gazette des hôpitaux, p. 326). — L'ophthalmie purulente des nouveau-nés n'est pas nécessairement d'origine blennorrhagique ; elle se présente souvent sous une forme épidémique, sans qu'on puisse en trouver la raison. Elle est éminemment contagieuse. — Les cautérisations par le nitrate d'argent en crayon sont utiles au début, si l'on a le soin de les limiter à la face interne des paupières. — Les solutions de nitrate sont préférables ; il faut avoir soin de neutraliser l'excès de caustique par une injection d'eau salée. — Quand il y a ramollissement et ulcération de la cornée, cesser les cautérisations. — Employer alors les scarifications, les révulsifs, etc.—Pratiquer au besoin la pupille artificielle, surtout si la cornée menace de se mortifier en totalité.

— *L'iridectomie, comme moyen curatif, dans des cas d'iritis et de choroïdite chroniques, et dans les états morbides qui en sont la conséquence*, par M. Wecker (Gazette hebdomadaire, p. 626). — L'auteur, se basant surtout sur l'expérience clinique, dit que l'iridectomie est indiquée et fournit les résultats les plus favorables, dans tous les cas d'iritis chronique simple, surtout lorsque l'inflammation menace de gagner la choroïde; il faut exciser une partie suffisante de l'iris, de manière à rétablir les communications entre la chambre antérieure et la chambre postérieure.

— *Kératite intermittente. — Guérison par le sulfate de quinine*, par M. Marrotte (Union médicale, p. 339). — Il s'agit d'un homme qui est affecté une première fois de kératite par contact d'une parcelle de coke. Il est guéri par les purgatifs. Six ans après, rechute : calomel, guérison. — Plus tard les accidents reparais-

sent et cèdent à l'application de sangsues. — Enfin, la kératite se reproduit avec exacerbation périodique, tous les deux jours. — Emploi du sulfate de quinine. Guérison. — Il faut bien distinguer ce fait des kératites à répétition, où l'intermittence peut faire défaut.

— *De l'ophthalmie rhumatismale ou de la sclérotico-iritis idiopathique*, par M. C. Joussaume (Thèses de Paris, n° 217).

— *Étiologie de l'ophthalmie purulente spontanée. — Considérations sur sa nature et son traitement*, par M. Ch. Cordier (Thèses de Paris, n° 62).

— *Des affections syphilitiques du foie*, par M. Le Coutons (Thèses de Paris, n° 64).

— *Faits principaux observés à bord de la corvette à vapeur* le Roland, *du* 1er *juin* 1853 *au* 1er *février* 1856, par M. Richer de Forges (Thèses de Paris, n° 277).

— *Des procédés hydrothérapiques et des bains de vapeur térébenthinée*, par M. A. Rey (Grenoble, imprimerie Maisonville; in-8°, 36 pages).

— *Choroïdo-rétinite aiguë*, par M. Labbé (Moniteur des hôpitaux, p. 514). — Hydrophthalmie. — Paracentèse cornéale. — Guérison.

— *Emploi de l'atropine dans les ophthalmies traumatiques, et chémosis de la coqueluche*, par M. Magne (Gazette des hôpitaux, p. 419). — L'atropine doit être de toute nécessité employée au début des ophthalmies traumatiques, pour prévenir les adhérences iridiennes. — Le chémosis se rencontre parfois dans la coqueluche, à la suite de quintes violentes. — S'il est séreux on emploie les révulsifs et parfois des scarifications légères; s'il est sanguin, il faut faire des scarifications profondes, et exciser au besoin de larges lambeaux de conjonctive.

— *Considérations pratiques sur l'adénite meibomienne et la périchondrite tarsienne, connue sous le nom de chalazion ou grêlon des paupières*, par M. Bendz (Annales d'oculistique et Moniteur des hôpitaux, p. 493).

— *Conduite à suivre au début des ophthalmies traumatiques*, par M. Magne (Gazette des hôpitaux, p. 220). — L'auteur condamne l'instillation de l'acétate de plomb liquide dans les cas de plaie de la cornée, comme donnant lieu à des taies par incrustation. — Il établit les préceptes suivants : 1° faire une instillation d'atropine; 2° pratiquer une émission sanguine; 3° faire une application de glace sur l'œil.

— *Ophthalmie traumatique*, par M. Magne (Gazette des hôpitaux, p. 396). — Rapidité du développement inflammatoire, par suite de la présence de corps étrangers. — Fréquence de ce genre d'accidents au moment des moissons et des récoltes. — Nécessité

d'arriver à extraire le corps étranger qui provoquerait la suppuration de la cornée. — Une observation.

— *Maladies des yeux*, par M. Tavignot (Moniteur des hôpitaux, p. 1021). — Sous ce titre, on trouve les observations suivantes : 1° De l'ablation du staphylôme de la cornée à l'aide d'un nouvel instrument; — 2° Ptérygion graisseux; excision suivie de réunion par trois points de suture; — 3° Coup d'ongle dans l'œil; ouverture de la sclérotique et hernie de l'iris; — 4° Des ponctions multiples de la cornée dans la kératite plastique; — 5° Excision palpébrale exécutée avec la pince fenêtrée ; — 6° Des paralysies musculaires de l'œil, traitées par les préparations phosphorées.

— *Du tannin et de son emploi dans les ophthalmies*, par M. Hacherelle (Vendôme, imprimerie Partois; in-8°, 21 pages).

— *Rétinite syphilitique*, par M. Wade (Gazette médicale de Lyon, p. 128). — Il est question d'une amaurose avec douleurs et photophobie, chez une femme syphilitique. — Guérison, après plusieurs mois, au moyen des pilules mercurielles.

— *De l'importance des scarifications de l'œil dans les cas de nébulosités vasculaires de la cornée transparente*, par M. Berne (Gazette médicale de Lyon, p. 186).

— *Opacité de la cornée déterminée par le collyre à l'acétate de plomb*, par M. Windsor (Brit. med. Journ. et Gazette hebdomadaire, p. 447).

— *Emploi de l'acide chromique contre certains cas d'ophthalmie granuleuse*, par M. Hairion (Archives de médecine belges, 7 septembre). Ce caustique donne de bons résultats dans les cas de rugosités inodulaires de la face interne des paupières; il les détruit, et on obtient à la place une surface plus lisse. — L'application de ce médicament doit être surveillée avec le plus grand soin.

— *Emploi du sulfate de cuivre en nature dans le traitement de certaines ophthalmies chroniques*, par M. Rouault (Union médicale, p. 14). — Le procédé spécial décrit ici consiste en une application unique, mais vigoureuse, du crayon de sulfate de cuivre à la surface interne des paupières dans les phlegmasies oculaires anciennes et profondes, telles que la kératite interstitielle, la kératite vasculaire, la kératite ulcéreuse, etc. — Le premier résultat frappant que l'on obtient, c'est la disparition de la photophobie, puis la résolution de tout épaississement conjonctival, de tout épanchement plastique des milieux transparents de l'œil. — Quatre observations.

— *Chémosis*, par M. Ramon (Gazette des hôpitaux, p. 419). — L'auteur dit avoir observé plusieurs fois le chémosis chez les enfants affectés de coqueluche.

— *Blépharite glandulo-ciliaire, et son traitement radical par l'avulsion des cils*, par M. Gramoisy (Académie de médecine,

21 septembre). — Ce travail a pour but de prouver que la blépharite glandulo-ciliaire est curable par l'épilation seule, indépendamment de tout autre traitement interne ou externe. Les cils arrachés se reproduisent toujours au bout de huit ou quinze jours, et, en général, ils reviennent plus beaux et plus forts. Il est nécessaire de réitérer l'opération un certain nombre de fois, douze à quinze fois, en moyenne; la première avulsion est surtout douloureuse; les épilations suivantes deviennent de plus en plus supportables.

— *Cataracte double opérée.* — *Synchysis étincelant,* par M. Verneuil (Union médicale, p. 315). — Le chirurgien avait extrait avec succès une cataracte de l'œil gauche; mais, après quelques jours, les mouvements du malade indocile rompirent la cicatrice, et provoquèrent une violente inflammation et la fonte purulente de l'œil. — L'opérateur, pour prévenir un pareil résultat sur l'œil droit, pratique avec l'aiguille l'abaissement de la cataracte à droite; mais, de ce côté, survient un autre accident : le synchisis avec paillettes étincelantes de cholestérine, sans qu'il soit possible de constater chez ce malade, privé de son cristallin, et dont le corps vitré est ramolli, aucun tremblement de l'iris. — La pupille reste, malgré la cessation de l'atropine, assez dilatée.

— *Cataracte,* par M. Magne (Moniteur des hôpitaux, p. 1170). — Double opération de cataracte par abaissement. — Glace. — Extraction d'une cataracte tombée dans la chambre antérieure quatorze mois après l'abaissement. — Synchysis. — Procédé particulier d'extraction (incision de la cornée très-petite, procédé convenable dans les cas de dilution du corps vitré).

— *Absorption spontanée d'une double cataracte congénitale* (Revue étrangère, p. 71).

— *Extraction de la cataracte par une incision linéaire de la cornée,* par M. Spérino (Gazette médicale de Lyon, p. 41). — L'incision linéaire est faite verticalement au côté externe de la cornée, à 1 millimètre de la sclérotique; elle a de 5 à 6 millimètres. — Elle ne convient que dans les cas de cataracte fluide ou molle.

Examen critique de la méthode d'extraction de la cataracte par incision linéaire, par M. Doumic (Union médicale, p. 491). — Après avoir établi l'historique de l'opération, l'auteur analyse les faits signalés par MM. Critchett et Bowman, dans le Medical Times, et le mémoire du professeur Stœber, dans les Annales d'oculistique, et insiste sagement sur les restrictions qu'il faut apporter à l'emploi de ce procédé d'extraction. — Il fait voir que les cataractes molles ou ramollies par l'humeur aqueuse doivent seules donner lieu à ce genre d'opération; que la statistique des cas n'est pas assez nombreuse pour être réellement encourageante ; qu'elle expose à la rétention de parties plus ou moins considérables de substance corticale, et, par conséquent, à la formation

de cataracte capsulaire secondaire, et à l'issue du corps vitré, par l'énergie des pressions que l'on est obligé d'exercer; qu'elle nécessite une précision presque impossible dans le diagnostic de la consistance de la cataracte. Il conclut à l'infériorité de ce mode opératoire sur la kératotomie supérieure bien pratiquée, au moins en s'arrêtant aux faits connus jusqu'à ce jour. — Trois observations reproduites d'après M. Stœber.

— *De la cataracte pyramidale*, par M. Kœberlé (Gazette médicale de Strasbourg, n° 5, et Gazette hebdomadaire, p. 581). — Etude anatomique sur le cadavre d'une vieille femme. — L'auteur admet que ces cataractes sont acquises ou congénitales; dans ce dernier cas, il pense que la cataracte s'est développée à la suite d'une affection de l'œil pendant la vie intra-utérine. Comme étiologie, il croit qu'il y a kératite ulcéreuse, perforation cornéenne, écoulement de l'humeur aqueuse; adhérence de la cornée avec la capsule antérieure du cristallin, qui est attiré en avant. Plus tard, l'ulcère de la cornée se cicatrise, l'humeur aqueuse se reproduit et rompt les adhérences encore molles; mais le cristallin continue à faire saillie dans la chambre antérieure.

— *De la cataracte pyramidale*, par M. Kœberlé (Strasbourg, imprimerie Silbermannn; in-8°, 24 pages).

— *Opération de la cataracte par la ponction du corps vitré*, par M. Langenbeck (Gazette médicale, p. 631). — Cette opération consiste à traverser le corps vitré sans blesser l'iris ni le corps ciliaire, pour abaisser la lentille cristalline et l'enfoncer avec sa capsule dans la profondeur de l'œil; elle est avantageuse à cause du peu de réaction et de la guérison rapide.

— *De l'hémorrhagie intra-oculaire consécutive à l'opération de la cataracte par extraction*, par M. Rivaud-Landrau (Gazette médicale de Lyon, p. 410).

— *Sur la cataracte lamellaire*, par M. Williams (Union médicale, p. 87). — L'historique et une longue observation sont les éléments principaux de cet article, où l'auteur insiste avec raison sur l'importance d'un diagnostic précis de la myopie, que simule l'affection, et sur la prudence que doit mettre le chirurgien à opérer une maladie qui peut rester toute la vie presque stationnaire. — Si l'opération devenait nécessaire, il faudrait pratiquer de préférence, soit la dilacération de la capsule par la cornée, soit l'espèce de pupille artificielle pratiquée par le docteur Græfe.

— *Recherches sur la cataracte congénitale*, par M. Morand (Thèses de Paris, n° 151).

— *Luxation spontanée du cristallin. — Réduction au moyen de l'atropine*, par M. Mahieux (Moniteur des hôpitaux, p. 321).

— *Observation de luxation spontanée du cristallin, compliquée de synchysis, de nystagmus et de nyctalopie*, par M. Desprez (Gazette médicale de Lyon, p. 458).

— *Rupture spontanée de l'œil*, par M. Fleming (The Amer. Journ. of the Med. science, avril, et Gazette hebdomadaire, p. 792). — Perforation subite de la cornée, sans traumatisme, accompagnée d'une hémorrhagie abondante. Introduction d'une petite mèche imbibée de perchlorure de fer; la plaie cornéenne a suppuré, s'est ensuite cicatrisée, et le malade a guéri.

— *Note sur la cause, la nature et le traitement de l'héméralopie*, par M. Netter (Académie des sciences, 3 mai). — 1° L'héméralopie (cécité nocturne) est la maladie inverse de la nyctalopie (cécité diurne). La cause de l'héméralopie est un excès de lumière; celle de la nyctalopie consiste dans une longue privation de ce stimulant. — 2° Quand un individu atteint d'héméralopie est amené en plein jour dans un endroit très-obscur, il y reste sans voir, alors que les personnes qui l'accompagnent ne tardent pas à distinguer tout ce qui se trouve là. L'héméralopie n'est donc pas, comme on le croit généralement, une cécité périodique commençant le soir et disparaissant le matin ; cet état morbide, existant aussi pendant le jour, consiste dans l'inaptitude à voir en dehors d'un éclairage suffisant. En un mot, l'héméralopie, c'est la cécité dans l'obscurité, quelle que soit l'heure de la journée. — 3° La guérison de l'héméralopie s'obtient en quelques heures. Il faut, au milieu du jour, amener les malades dans un endroit ténébreux et obtenir d'eux qu'ils ne cessent de promener leurs regards de tous les côtés et de *s'efforcer* de voir. Au bout de deux à trois heures, la vision s'opère, et quand une fois elle est rétablie là, il n'y a plus d'héméralopie : la cécité nocturne ne reparaît plus pendant les nuits qui suivent.

— *Héméralopie*, par M. Netter (Union médicale, p. 450). — L'auteur signale d'abord l'extension rapide et épidémique de l'affection dans les corps ; la gravité des accidents qui peuvent en être la suite en temps de guerre, puis les moyens de reconnaître la maladie : dilatation des pupilles même pendant le jour, lenteur des mouvements pupillaires, constance du degré d'obscurité nécessaire pour produir la cécité même en plein jour. — Il pose ensuite le mode d'expérimentation par reclusion, dans des cabinets ténébreux, et l'efficacité du traitement par l'obscurité. — Voici les conclusions du travail, qui renferme dix-sept observations : 1° Le traitement de l'héméralopie, par l'obscurité, réussit d'une manière constante. — 2° Quelques heures suffisent pour que la vision s'opère dans les ténèbres. — 3° Il est un petit nombre de cas qui nécessitent un temps un peu plus long, mais allant rarement au delà de vingt-quatre heures. — On pourrait ajouter, en s'appuyant sur une observation spéciale de l'auteur : 4° La guérison est due uniquement au séjour dans les ténèbres, sans intervention de gymnastique oculaire.

— *De l'emploi des fumigations de foie de bœuf contre l'hé-*

méralopie ou amblyopie nocturne, par M. Fonssagrives, de Cherbourg (Union médicale). — L'auteur fait l'historique de la médication, puis il pose ces questions : 1° La chaleur, dont la vapeur d'eau est le véhicule, est-elle l'élément actif de cette médication ? — 2° La bile, chauffée à son état de concentration ou en dilution dans l'eau, a-t-elle les mêmes propriétés que la substance du foie elle-même? — 3° Les applications directes de collyres ou de pommades préparées avec du fiel de bœuf jouissent-elles aussi d'une certaine efficacité ? Un essai m'a donné des résultats équivoques. — 4° L'administration intérieure de l'extrait de fiel de bœuf seconde-t-elle l'emploi des fumigations, ou peut-elle les remplacer ? — 5° Les autres affections de la rétine, certaines formes d'amblyopie ou d'amaurose sont-elles justiciables jusqu'à un certain point du même traitement ?

— *Héméralopie épidémique*, par M. Blaizeau (Académie de médecine, 19 octobre). — L'auteur se résume ainsi : L'héméralopie peut être sporadique ou épidémique, mais elle est le plus souvent épidémique, et il n'est pas rare de la voir régner endémiquement dans certaines localités. — Elle s'observe à tous les âges, et principalement chez l'adulte. — Elle est propre à tous les sexes et à toutes les constitutions. — Elle se développe dans tous les climats et surtout dans ceux qui offrent de grandes variations de température entre le jour et la nuit. — Sporadique ou épidémique, elle apparaît presque exclusivement au printemps et en automne. — Elle est beaucoup plus fréquente chez les soldats et les marins que dans la population civile, où cependant on la voit quelquefois, et particulièrement chez les habitants de la campagne qui travaillent aux champs. — Elle se montre, quelle que soit la situation des localités, mais de préférence dans les contrées brumeuses et humides et près des cours d'eau. — Elle semble favorisée par la vie du bivouac et le séjour sous la tente. — Elle est produite généralement par les variations de la température du jour et de la nuit, plus marquée au printemps et en automne qu'à toute autre époque. — Les autres causes invoquées ont une influence moins directe et n'agissent le plus ordinairement que comme prédisposantes : tels sont les agents débilitants, la réverbération ou toute excitation exagérée et prolongée de la rétine, l'humidité, le mauvais état des voies digestives, etc. — La plus grande fréquence de l'héméralopie, chez le soldat et le marin, est due aux gardes de nuit qui s'exposent au refroidissement nocturne succédant à l'insolation. — Cette affection n'est point une simple asthénie de la rétine, mais le résultat d'une perturbation spéciale de cette membrane, et elle doit être classée parmi les névroses. — L'altération de la vision existe aussi bien le jour que la nuit, comme on peut s'en convaincre en plaçant le malade dans l'obscurité. — Elle se présente sous deux formes qui consti-

tuent l'héméralopie sthénique et l'héméralopie asthénique, la première se montrant presque toujours au début de la maladie. — Elle est fréquemment compliquée de congestion cérébro-oculaire, quelquefois d'embarras gastro-intestinal ou de débilité générale. — Elle se guérit le plus souvent spontanément après quelques jours de durée. — Le traitement doit être surtout basé sur l'état sthénique ou asthénique de la rétine.

— *Note sur le traitement de l'héméralopie*, par M. Blaizeau (Union médicale, p. 383). — Les fumigations de foie de bœuf, recommandées de toute antiquité contre l'héméralopie, sont incontestablement utiles et donnent de nombreux succès; mais c'est à la fumigation même et non à la bile qu'ils sont dus, et l'on réussit aussi bien avec l'eau chaude et les infusions émollientes. Les infusions excitantes sont nuisibles au début, parce qu'il y a éréthisme. — Le traitement par l'obscurité, préconisé par M. Netter, est un moyen infidèle, et n'a pas réussi à l'auteur.

— *Note sur la nature de l'héméralopie*, par M. Laveran (Gazette hebdomadaire, p. 730). — L'héméralopie est un simple trouble de la vue, très-comparable à l'affaiblissement sénile, trouble tantôt passager, tantôt durable, qui prive les malades de se conduire et d'apercevoir les objets dans des conditions d'obscurité variable, suivant les individus.

— *Note sur l'héméralopie. — Observation d'un cas de ce genre, rapidement guéri à l'aide de vapeurs azotées*, par M. Ch. Deval (Union médicale, p. 310). — L'auteur cite un cas de guérison emprunté à une pratique étrangère, montre la généralisation de l'emploi des fumigations de foies d'animaux, qui sont usitées jusqu'en Chine. — Il note un point diagnostique important, l'héméralopie provenant d'une amaurose syphilitique; il montre la guérison de l'affection héméralopique quand ses accès sont bien caractérisés par la chute du jour, et s'il y a intermittence, au moyen du sulfate de quinine qui les déplace et les fait enfin disparaître.

— *Considérations pratiques sur les principales variétés de l'héméralopie, et sur le traitement qui leur est applicable*, par M. Deval (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 248). — Dans cet article on trouve quelques détails sur des épidémies observées et la reproduction des idées qui se trouvent dans l'article précédent.

— *Du traitement de l'héméralopie par les vapeurs de foie de bœuf*, par M. Torresini (Gazetta medic. italiana, février, et Gazette hebdomadaire, p. 662). — L'auteur, après avoir analysé les vapeurs d'une décoction de foie ou de bile, n'a rien trouvé qui pût justifier les succès qu'on a attribués à cette substance.

— *Note sur une épidémie d'héméralopie. — Importance du foie de bœuf pour le traitement de cette maladie*, par M. Neboux

(Bulletin de thérapeutique, LV, p. 416). — Relation d'une épidémie survenue sans troubles cérébraux ni digestifs. L'auteur explique l'apparition de la maladie par une constitution atmosphérique particulière, qu'il appelle héméralopique. Les fumigations de foie de bœuf produisirent de merveilleux effets, mais le changement de latitude fut le remède par excellence.

— *Note sur l'héméralopie et spécialement sur son traitement par les fumigations*, par M. Doumic (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 176). — L'auteur passe en revue les travaux publiés dans ces derniers temps ; il cite deux nouvelles observations. Son opinion est que l'héméralopie symptomatique est une simple variété de l'amblyopie congestive, survenant dans les conditions qui déterminent celle-ci ; que l'héméralopie est surtout fréquente dans les pays où les journées très-chaudes et les nuits très-froides et humides prédisposent à la diarrhée ; la suppression de ce flux amène un certain degré de congestion de la tête, et les yeux, déjà fatigués par l'ardeur du soleil, sont bientôt atteints d'amblyopie symptomatique de cette double cause. — Le traitement doit consister en demi-purgatifs, saignées et fumigations azotées ou simplement aqueuses.

— *Quelques remarques sur l'héméralopie observée à bord du* Lavoisier, *pendant une campagne en Océanie*, par M. Ouvrard (Thèses de Paris, n° 298).

— *Du staphylôme postérieur*, par M. Noizet (Thèses de Paris, n° 57). — Cette thèse, très-complète, a pour objet de faire connaître toutes les observations publiées sur ce sujet, ce qui permet à l'auteur de donner une bonne description des lésions anatomiques et des symptômes. Après avoir passé en revue les opinions des auteurs sur la nature de ce staphylôme, M. Noizet propose une théorie qu'il formule ainsi : La saillie du pôle postérieur du globe de l'œil, et la tache morbide de la circonférence du nerf optique représentent les deux termes extrêmes d'une proportion, dont le terme moyen est la distension mécanique. Comme traitement, il convient de faciliter la circulation intra-oculaire, de combattre par des moyens antiphlogistiques les exacerbations de la maladie, et d'éviter toutes les causes de fatigue de l'organe.

— *Guérison du glaucôme, au moyen d'un procédé opératoire*, par M. A. de Graefe (Annales d'oculistique, II, p. 237, et Archives générales de médecine, février, p. 224). — L'auteur distingue le glaucôme inflammatoire ou aigu, le glaucôme chronique et l'amaurose accompagnée d'une excavation du nerf optique. Dans les deux premières affections il y a augmentation de la pression intra-oculaire ; pour la faire cesser les ponctions sont insuffisantes ; il faut exciser un lambeau aussi large que possible de l'iris, et laisser écouler lentement l'humeur aqueuse. Les si-

gnes d'irritation disparaissent promptement, et les malades recouvrent la vue, lorsque la maladie n'est pas déjà trop ancienne.

— *Ligature du staphylôme de la cornée. — Guérison avec rétablissement de la vue*, par M. Ancelon (Gazette des hôpitaux, p. 229). — Une observation : deux épingles en croix traversent le staphylôme, la ligature est posée derrière ; peu de douleurs. — Guérison. — Albugo épais, puis l'œil reprend ses fonctions.

— *Sur le traitement du staphylôme de la cornée par la ligature modifiée*, par M. Doumic (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 531). — L'auteur fait connaître le procédé de M. Borelli, qui est le suivant : La base de la tumeur est traversée par deux épingles (d'entomologie) qui se croisent en X et dont les deux extrémités forment ainsi une étoile à quatre branches ; en arrière de ces épingles est portée la ligature, un cordonnet de soie de force moyenne, qui fait le tour complet de la base de la tumeur ; on le serre sur les épingles, on fait un double nœud, on entortille ensemble les deux bouts du fil, on les fixe sur la joue avec un morceau de diachylon ou une goutte de collodion. L'opération terminée, on garnit les épingles pour garantir les paupières, et on recouvre le tout d'un plumasseau de charpie enduit de cérat et d'une compressse. — Entre autres avantages, ce procédé possède celui d'étendre de beaucoup la largeur de la cornée en vertu de l'extensibilité spéciale dont elle est douée.

Nystagmus double avec strabisme convergent de l'œil droit, et épicanthus interne double, chez deux enfants albinos, par M. Doumic (Union médicale, p. 439). — Ce fait est le même que le suivant.

— *Nystagmus double*, par M. Doumic (Gazette des hôpitaux, p. 439). — M. Doumic présente à la Société de chirurgie deux enfants, l'un de sept ans, l'autre, sa sœur, de trois ans, albinos, nés de parents bien conformés et châtain-brun, affectés tous deux de double nystagmus à oscillations transversales très-rapides, avec strabisme convergent de l'œil droit, et épicanthus interne des deux yeux. — L'ophthalmoscope démontre un développement normal des vaisseaux rétiniens sans saillie de la pupille, contrairement aux affirmations de M. Desmarres.

— *Amaurose causée par l'emploi de la quinine* (Echo médical de Neufchâtel, juillet). — Deux observations : les phénomènes du côté de la vision sont plus rares que ceux qui se passent dans l'ouïe. Un des malades a été guéri par des émissions sanguines locales.

— *Sur un cas de névrose oculaire*, par M. Dumont (Union médicale, p. 61).

— *Photophobie considérable avec blépharospasme, guérie par les inhalations de chloroforme*, par M. Mackensie (Archives générales de médecine, septembre, p. 355).

— *De la micropie due à l'usage local de la belladone*, par M. Cornaz (Echo médical de Neufchâtel, février). — M. Cornaz rapporte plusieurs exemples de micropie, produite par la belladone employée en instillations dans l'œil. — C'est un phénomène très-rare qui ne peut s'expliquer que par une idiosyncrasie curieuse.

— *Sur l'origine et les caractères de la micropie et de la macropie*, par M. Tavignot (Moniteur des hôpitaux, p. 676). — Après avoir étudié les caractères de la micropie et de la macropie, l'auteur examine les causes de ces affections. Pour lui, dans la micropie, la contraction spasmodique des muscles droits, en diminuant le diamètre antéro-postérieur de l'œil, amène ce résultat. — Dans la macropie la contraction spasmodique des muscles grand et petit obliques, en augmentant le diamètre antéro-postérieur de l'œil, produit cet effet.

— *Corps étranger pénétrant de l'œil droit*, par M. Doumic (Union médicale, p. 77). — Fragment de capsule fulminante; déchirure de la cornée dans son tiers inférieur; implantation du corps étranger dans le tissu du limbe inférieur de l'iris; extraction; guérison.

— *Corps étranger dans l'œil et dans le tissu cellulo-graisseux rétro-oculaire. — Atrophie consécutive du globe*, par M. Courserant (Gazette des hôpitaux, p. 195).

— *Ptérygion*, par M. Caron du Villards (Annales d'oculistique). — L'auteur fait l'excision de la tumeur à sa base, d'une manière incomplète, et lui imprime ensuite des mouvements de torsion, jusqu'à ce qu'elle soit décollée.

— *Des affections sympathiques de l'un des yeux, à la suite d'une blessure de l'autre œil*, par M. de Brondeau (Thèses de Paris, n° 181).

— *Fixation de l'œil dans les opérations chirurgicales, par le saisissement d'un de ses moteurs*, par M. Larghi (Gazette médicale, p. 623). — Avantages de l'immobilisation de l'œil dans les opérations ; pour l'obtenir, l'auteur fait saillir le muscle (en faisant regarder en bas, s'il veut agir sur le droit supérieur), puis il le saisit avec une pince et passe, au moyen d'une aiguille particulière, un petit ruban entre le muscle et le globe oculaire; ce petit ruban devient le conducteur de l'œil, qui se porte du côté où la traction est exécutée.

— *Limites de l'efficacité du mercure en ophthalmologie*, par M. Poland (the Lancet et Gazette de médecine de Lyon, p. 251). — M. Poland pense que le mercure n'est efficace que dans l'iritis et la sclérotite.

— *De l'ophthalmoscope au double point de vue de la médecine légale et du recrutement de l'armée*, par M. Courserant (Gazette des hôpitaux, p. 288). — L'ophthalmoscope peut être aussi avec

succès employé par les conseils de révision, pour constater la présence de la sclérotico-choroïdite postérieure, indice anatomique de la myopie non simulée. — Les experts peuvent, par le même appareil, constater des lésions produites profondément dans l'œil par une cause traumatique, et apprécier leur gravité.

— *De l'importance de l'ophthalmologie*, par M. L. Saurel (Revue thérapeutique du Midi, p. 69).

— *Hygiène oculaire de l'enfance*, par M. A. Samson (Paris, imprimerie Lacour; in-8°, 48 pages).

— *Le congrès d'ophthalmologie de Bruxelles, lettre adressée à M. Pétrequin*, par M. Stœber (Strasbourg, imprimerie Silbermann; in-8°, 16 pages).

— *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, par M. Desmarres (2e édition, Paris, Germer-Baillière; 3 vol. avec 205 figures dans le texte).

— *Cas d'ophthalmie intermittente* (Gazette médicale de Lyon, p. 423).

— *Absence congénitale de l'iris*, par M. Houel (Gazette des hôpitaux, p. 11). — La faculté visuelle n'est pas sensiblement altérée. — Le strabisme, peu marqué au début, se dessine davantage; le nyctagmus diminue au contraire. — Les milieux de l'œil ne sont pas encore altérés; pas de cataracte perceptible.

— *De l'épithélioma de l'œil et de ses annexes. — Observation remarquable*, par M. Sichel (Gazette hebdomadaire, p. 148).

— *Sur une variété de tumeur de l'orbite*, par M. Foucher (Gazette des hôpitaux, p. 561). — La tumeur que M. Foucher décrit a les plus grands rapports avec celles que MM. Azam et Dupont ont fait connaître (V. l'*Annuaire*, t. II, p. 280). Elle occupe la partie interne du pourtour de la cavité orbitaire, où elle soulève la paupière; elle n'existe pas quand la malade a la tête droite; elle apparaît dès que la tête est baissée; indolente, incolore, dépressible, fluctuante, elle disparaît entièrement en quelques minutes, quand la tête est maintenue droite, sans que la compression du pourtour orbitaire empêche sa disparition. — M. Foucher pense avoir affaire à une dilatation de la veine ophthalmique, versant directement son contenu dans le sinus caverneux. — L'auteur a prescrit la compression, les astringents et l'iodure de potassium. Il n'a obtenu aucun résultat.

— *De la contagion de la syphilis secondaire*, par M. Lasègue (Archives générales de médecine, mai, p. 595). — M. Lasègue, dans cet article de revue critique, s'occupe surtout des travaux de Rinecker, qui a pratiqué des inoculations; le médecin allemand a donné les conclusions suivantes : 1° Les lésions locales spécifiques, consécutives à l'inoculation des accidents secondaires, n'apparaissent jamais avant la fin de la seconde semaine, et en général elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine; la lon-

gueur de l'incubation est un fait caractéristique. — 2° La première altération consécutive à l'inoculation se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu ; elle reste pendant longtemps limitée dans ce siége; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux. — 3° L'affection locale se produit sous la forme de tubercules qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques. — 4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard après les premières manifestations locales. Ils consistent en un exanthème plus souvent maculeux que pustuleux, des tubercules plats et une angine spécifique. — Dans le même article on trouve le récit d'inoculations semblables, suivies de résultats analogues, pratiqués par un médecin du Palatinat. — M. Lasègue, en terminant, dit : « Ou les accidents secondaires déjà reconnus susceptibles d'être transmis de l'enfant à l'adulte sont également transmissibles de l'adulte à l'enfant, et d'adulte à adulte, dans certaines conditions ; ou on s'est grossièrement trompé en prenant pour secondaires des accidents primitifs méconnus. » L'histoire du chancre serait alors tout à refaire.

— *De la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, par M. Langlebert (Moniteur des hôpitaux, p. 1145). — Cette contagion n'est point douteuse pour M. Langlebert.

— *Remarques sur la syphilis*, par M. Porter (The Dublin Quarterly Journal, et Gazette médicale de Paris, p. 124). — Les accidents secondaires sont transmissibles, mais non sur les sujets déjà infectés.

— *Les accidents secondaires de la syphilis sont-ils contagieux? — Qu'est-ce que la plaque muqueuse?* par M. Pochon (Thèses de Paris, n° 185).

— *Examen de quelques travaux récents sur la syphilis*, par M. Follin (Archives générales de médecine, janvier, p. 76). — Cette revue critique porte sur des travaux récents de syphiliographie, publiés en France et à l'étranger.

— *Note sur la destruction du chancre phagédénique serpigineux, par la cautérisation actuelle*, par M. Rollet (Gazette médicale de Lyon, p. 474). — L'auteur cautérise assez profondément pour que le phagédénisme soit complétement détruit, et que le chancre soit réduit à l'état de plaie simple, qui se cicatrisera simplement. Bons résultats. — Deux observations.

— *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux, par la cautérisation au chlorure de zinc*, par M. Debauge (Thèses de Paris, n° 198).

— *De la destruction des chancres primitifs, considérée comme*

moyen de les guérir et comme moyen de prévenir la syphilis constitutionnelle, par M. Diday (Gazette médicale de Lyon, p. 33). — M. Diday a employé cette méthode un très-grand nombre de fois; il y a des contre-indications (chancres sous un phymosis irréductible, — de l'urètre, — en voie de résolution, etc.) — Comme caustique, il reconnaît de grands avantages à la pâte avec chlorure de zinc. — Quant aux avantages de cette méthode pour la syphilis, M. Diday pense que détruire un chancre infectant n'est point prévenir, pas même retarder l'éclosion de ses suites constitutionnelles.

— *Emploi de l'*asclepias *incarnata contre la blennorrhagie et la syphilis*, par M. Hauser (Atlant. med. and surg. Journ., août, et Gazette hebdomadaire, p. 862). — La teinture alcoolique de la racine de cette plante serait, suivant l'auteur, bien supérieure, par son efficacité, à tout ce que nous connaissons.

— *Du guaco dans le traitement externe de la syphilis*, par M. Vicente Gomez (El signo medico, et Gazette hebdomadaire, p. 791). — De quelques faits cités par l'auteur, on peut conclure que la décoction de guaco est un puissant excitant externe, un modificateur des tissus, très-utile pour obtenir la cicatrisation des ulcères syphilitiques.

— *Essai sur l'histoire de la syphilis*, par M. Porter (Gazette médicale, p. 663). — M. Porter admet que la syphilis ne se contracte pas seulement par le pus du chancre, mais encore par toutes les sécrétions, la salive, le sperme, etc. — Cette étrange doctrine est basée sur des observations !

— *Etudes sur un nouveau traitement de la syphilis expérimenté à l'hôpital du Midi, en* 1857, par M. Parisot (Thèses de Paris, n° 117). — Il résulte des expériences faites par M. Parisot, dans le service de M. Cullerier, que les vésicatoires volants, appliqués, soit à distance du lieu malade, soit sur le mal lui-même, sont très-utiles, avec ou sans adjuvant, pour abréger la durée des accidents primitifs et secondaires, et que plusieurs fois des accidents rebelles aux médications les plus puissantes et devenues stationnaires n'ont repris leur marche vers la guérison qu'à partir du moment où on les attaquait par les vésicatoires. Cette médication réussit surtout contre les accidents cutanés de la syphilis. — Passant à un autre ordre d'idées, M. Parisot fait connaître la proposition suivante, admise par M. Cullerier : Les résultats que semblent avoir obtenus les syphilisateurs, dans le traitement des accidents primitifs et secondaires de la vérole, paraissent être identiques à ceux qu'ont produits les vésicatoires.

— *Note sur le traitement de quelques accidents de la syphilis constitutionnelle*, par M. Hervieux (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 441, et Gazette des hôpitaux, p. 366). — M. Hervieux a traité par les vésicatoires un certain nombre d'affections cutanées

syphilitiques; il en a obtenu de bons résultats, surtout dans les syphilides papuleuses. — Ce traitement, du reste, a toujours été sans inconvénients.

— *Sur la syphilisation*, par Bœeck (The Dublin Quarterly Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 37). — La syphilisation a été employée sur une vaste échelle à Christiania. Il a été reconnu, sur plus de cent individus, que les ulcérations deviennent, à chaque inoculation, de plus en plus petites, et puis abortives. — Les symptômes constitutionnels existant au début de la syphilisation s'évanouissent durant son cours. — La syphilisation, pour les suites, vaut mieux que les mercuriaux. — On ne doit syphiliser que les individus qui ont des accidents secondaires. — La syphilisation produit de meilleurs résultats, quand le mercure n'a pas été employé. — On pratique, sur les bras et les cuisses, tous les trois jours, des inoculations avec le pus des pustules déjà existantes : en trois ou quatre mois, les inoculations ne produisent plus de pustules. — Le phagédénisme, quand il survient, disparaît de lui-même par la continuation du traitement.

— *Examen des nouvelles doctrines sur la syphilis. — Chancre infectant et chancre simple. — Mécanisme de l'infection constitutionnelle*, par M. Langlebert (Moniteur des hôpitaux, p. 127). — Dans une série d'articles, M. Langlebert, après avoir fait l'histoire de l'unicité du virus syphilitique, et étudié les caractères distinctifs du chancre infectant et du chancre simple, admet que le chancre simple est une variété du chancre infectant.

— *Etude sur le chancre céphalique*, par M. A. Fournier (Union médicale, février et mars, et brochure in-8 de 47 pages, Paris, A. Delahaye). — M. Fournier a publié sur la *contagion du chancre* d'intéressantes recherches (*Annuaire*, t. Ier, p. 287). — Notre collègue avait établi, dans ce travail, que le chancre infectant reconnaît toujours comme origine un chancre infectant, et, d'autre part, que le chancre simple provient invariablement d'un accident de même forme et de même nature; en un mot, M. Fournier se déclarait champion de la *doctrine dualiste*. Parmi les objections faites à la *dualité des virus*, il en était une très-importante, parce qu'elle était basée sur l'observation de tous les maîtres. On avait remarqué que *le chancre céphalique était toujours infectant*, c'est-à-dire que les chancres des lèvres, de la langue, de la face en général, se présentaient toujours sous la forme indurée, prélude de l'infection constitutionnelle; on en concluait que le *siége* pouvait imprimer au chancre un caractère constant, ce qui revenait à nier la dualité des virus. On verra, par les propositions suivantes, comment M. Fournier explique le fait et réfute l'argument de ses adversaires : — 1° Les chancres que l'on rencontre sur la face semblent appartenir, *comme fatalement*, à une seule espèce de l'accident primitif, l'espèce indu-

rée, infectieuse. Le chancre simple de la face, si tant est qu'il existe, est extrêmement rare et véritablement exceptionnel. — 2° Le caractère univoque du chancre facial ne saurait être attribué à une transformation *in situ* subie par le chancre simple sous une influence de région ou de tissu. Une semblable modification, hypothétique en principe, est démentie par l'observation et par les résultats des recherches les plus récentes sur la transmission du chancre. — 3° Si le chancre induré est la seule espèce de l'accident primitif que l'on observe sur la face, cela ne tient probablement qu'à la condition d'une *immunité* spéciale de cette région contre l'autre espèce. En d'autres termes le chancre simple ne se rencontre pas sur la face parce qu'il ne peut y germer, parce qu'il n'y a pas accès. — 4° En dernier lieu, cette hypothèse d'une immunité locale semble légitimée par l'inaptitude analogue de certaines régions à contracter différents états morbides.

— *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique, au point de vue de la distinction à établir entre les deux virus chancreux, et de la thérapeutique qui leur est propre*, par M. Nadau des Islets (Thèses de Paris, n° 284). — Ce travail renferme un grand nombre d'observations, qui toutes se résument dans les propositions suivantes : — Quelle que soit la source d'où provient le pus de chancre induré, quelle que soit la région du corps où l'on inocule ce pus, l'inoculation ne donne que des résultats *négatifs*, sur les sujets en puissance de la diathèse syphilitique. — Quelle que soit la source d'où provient le pus de chancre mou, quelle que soit la région du corps où l'on inocule ce pus, l'inoculation donne des résultats *positifs*, que le sujet soit diathésé ou non. — Remarquons ici que les résultats obtenus à la tête, comparés à ceux des autres régions, présentent quelques différences qui tiennent au degré de receptivité moindre de la région céphalique pour le virus du chancre simple. La tête étant un terrain mal approprié au développement du chancre mou, les dimensions que prend l'ulcération molle vénérienne sur la région céphalique sont moins considérables, la marche de l'affection est plus rapide, la cicatrisation plus prompte. — Malgré la conformité constamment observée dans les faits de contagion entre l'accident transmis et l'accident d'origine, néanmoins l'impossibilité apparente du développement du chancre mou à la région céphalique restait encore une objection, la seule sérieuse, contre la doctrine de la dualité. Cette objection tombant aujourd'hui devant les résultats positifs de nos expériences, nous croyons être en droit de considérer ces résultats comme *une confirmation de la doctrine de la dualité des virus chancreux*. — Nous y voyons de plus ce fait important pour la médecine légale, c'est que lorsqu'on rencontre un chancre induré sur la ré-

gion céphalique, il n'est plus permis d'en rapporter l'origine à un chancre mou. — L'établissement d'un traitement rationnel ne peut avoir pour base qu'une opinion admise sur la nature des deux chancres vénériens. Il y aurait du danger à négliger cette distinction de nature, car, on le sait, si l'on applique au chancre simple le traitement interne qui convient seulement au chancre infectant, on risque d'apporter dans l'organisme des modifications entraînant la déviation phagédénique du chancre.

— *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel*, par M. Buzenet (Thèses de Paris, n° 225). — Ce travail a été fait d'après les leçons de M. Ricord. L'auteur montre que le chancre labial n'a pas l'aspect du chancre huntérien, qu'il est ovalaire, superficiel, à bords non taillés à pic, et qu'il en est de même du chancre buccal ; il insiste sur le diagnostic avec la syphilis secondaire. — Nombreuses observations.

— *Du chancre de la bouche et de son diagnostic différentiel*, (Gazette des hôpitaux, p. 502). — Analyse très-détaillée de la thèse précédente.

— *Cas de chancre induré et de chancre simple, transmis l'un et l'autre par un chancre induré*, par M. Rey (Gazette médicale de Lyon, p. 327). — Les détails de cette observation, annotée par M. Diday, ne sont pas à l'abri de tout reproche.

— *Recherches et expériences sur la syphilis*, par M. de Huebbenet (Union médicale, p. 233). — L'auteur admet deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la vérole et développant le chancre simple. — Il rapporte une observation de chancre céphalique non induré.

— *Du traitement de quelques accidents consécutifs de l'infection vénérienne*, par M. Thierry (Moniteur des hôpitaux, p. 323). — L'auteur a employé avec un grand succès les pilules d'onguent napolitain et de savon à la térébenthine ; il attache une grande importance à la salivation.

— *Traitement de la syphilis*, par M. Sigmund (Union médicale, p. 18). — Traitement par les frictions mercurielles, faites tous les soirs sur plusieurs places. On ne donne pas d'autre traitement.

— *Du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes*, par M. Bertin (Nancy, imprimerie Grimblot ; in-8°, 15 pages). — La conclusion de ce travail est que le mercure n'exerce pas sur le fœtus humain une action funeste, et que chez les femmes enceintes, on peut et on doit traiter les accidents constitutionnels.

— *Traitement de la syphilis des nouveau-nés*, par M. N. Guillot (Gazette des hôpitaux, p. 377). — Les enfants prennent un julep gommeux de 125 grammes, avec addition de 25 milligrammes de protoiodure d'hydrargyre, en vingt-quatre heures ; on leur donne en outre, tous les deux jours, un petit bain avec su-

blimé, 10 grammes, et chlorhydrate d'ammoniaque, 6 grammes.

— *Remarques sur la syphilis dans ses rapports avec la variole et la vaccine*, par M. Bamberger (Aster. Zeitsch. et Gazette hebdomadaire, p. 390).— Deux observations dans lesquelles on a pu constater l'influence de la variole comme cause d'évolution d'une syphilis restée jusque-là latente.

— *Observation de syphilis constitutionnelle avec zona et ictère*, par M. A. Foville (Gazette hebdomadaire, p. 419).

— *Affection syphilitique du foie*, par M. Hanffied Jones (the Lancet, juin, Bulletin de thérapeutique, LV, p. 185). — Cas de guérison.

— *Des lésions cérébrales liées à la diathèse syphilitique*, par M. Yvaren (Gazette médicale de Lyon, p. 433).

— *De la paralysie syphilitique du nerf oculo-moteur commun*, par M. C. Paul (Moniteur des hôpitaux, p. 860).— L'auteur rapporte deux observations prouvant que la paralysie de la troisième paire peut exister comme manifestation de la syphilis ; qu'elle peut exister comme seule manifestation de la syphilis. Elle guérit très-bien par les préparations mercurielles.

— *Etude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire des muscles et de leurs annexes*, par M. Thevenet (Thèses de Paris, n° 165).

— *Tumeur syphilitique du sterno-mastoïdien*, par M. Nélaton (Gazette des hôpitaux, p. 22). — Une observation. Le diagnostic est très-important, parce qu'il peut prévenir les accidents graves signalés par M. Bouisson, dans les cas où un traitement approprié n'arrête pas la marche de la maladie.

— *Du sarcocèle syphilitique*, par M. Venot (Thèses de Paris, n° 197).

— *Plaie de cause extérieure compliquée de syphilis constitutionnelle*, par M. Piorry (Gazette des hôpitaux, p. 23). — Traitement par le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium combinés. — Guérison.

— *Onyxis syphilitique*, par M. Robert (Union médicale, p. 354). — Avulsion de l'ongle et destruction de sa matrice.

— *Lettres sur la syphilis*, par M. Auzias-Turenne (Revue étrangère, p. 57 et suiv.).

— *Traité de la maladie vénérienne, par Hunter, traduit de l'anglais par M. Richelot, avec des notes et des additions* par M. Ricord (3e édition. Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, VIII-823 pages).

ACCOUCHEMENTS.

MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

Discussion a l'Académie de médecine. — *Séance du 23 février.* — M. *Guérard* pose ainsi la question : 1° Quelle est la nature de la maladie ? 2° son mode de propagation ? 3° son traitement ? — L'inconstance des lésions locales et même de la phlébite fait rejeter l'idée d'une simple phlegmasie et de l'infection purulente; les phénomènes présentés par la maladie se rattachent intimement, soit à l'état puerpéral lui-même, soit aux circonstances extérieures qui déterminent la forme de l'épidémie ; il faut admettre l'existence d'un *virus* infectant la mère ou l'enfant isolément, simultanément ou successivement. — La propagation se fait *par infection* et *par contagion.* — Le traitement varie avec les circonstances; chaque épidémie a un caractère, une individualité morbide particulière. — Les antiphlogistiques ont été rarement utiles; les narcotiques, le sulfate de quinine, l'ipécacuanha, ont tour à tour, dans des épidémies différentes, produit des résultats avantageux.

Séance du 2 mars. — M. *Depaul.* — La fièvre puerpérale est une maladie *essentielle*, liée à l'état d'activité utérine, en dehors même des couches, et pouvant, par conséquent, attaquer les femmes à l'époque des règles, pendant la grossesse, avant, pendant et après le travail, et les fœtus même encore renfermés dans la matrice. — L'influence du milieu sur les femmes en couches et sur le développement des épidémies, le mode de transmission par infection et par contagion, l'inconstance des lésions anatomiques et surtout la nature des altérations du sang montrent assez l'essentialité de la fièvre. — Le sang est acide par suite de la présence de l'acide lactique, ses globules ne rougissent plus à l'air et sont dissous dans le sérum. Le sang n'est plus coagulable; ses altérations sont variables. — Le frisson est constant, *presque toujours unique*, très-intense, sans réaction ultérieure, et débute le plus souvent dans les premières heures qui suivent le travail; rarement il paraît après le huitième jour. — Le sulfate de quinine ne donne que des insuccès, les frictions mercurielles seules ont parfois réussi.

Séance du 9 mars. — M. *Beau.* — L'affection est de nature inflammatoire ; c'est une *phlegmasie* survenant sous l'empire d'un *état diathésique spécial à la femme en couches*. La phlegmasie est variable; c'est une métrite, une phlébite, ou sur-

tout une péritonite, dont la généralisation donne le cachet de gravité, et non la diathèse à laquelle on rapporte à tort les différences de nature de la maladie. — Une des plus graves complications est la présence de concrétions polypeuses dans le cœur. — Le sulfate de quinine donne de bons résultats, employé à haute dose ($2^{gr},50$) par jour, au début de l'affection. Toutefois, on ne peut guérir les péritonites généralisées et sus-ombilicales.

Séance du 16 mars. — M. *Piorry.* — La fièvre puerpérale ne peut être une maladie essentielle, c'est *une réunion de divers états organopathiques* sans unité morbide, et dont le traitement se réduit à la médecine du symptôme. On a ainsi réuni des septicémies, pyémies, galémies, l'hypémie, des métrites, des péritonites utérines et généralisées, des phlébites, et même des cas plus légers de ballonnement intestinal reconnaissant pour cause la rétention de matières ou de gaz, et produisant des douleurs excessives, de la dyspnée et les phénomènes les plus graves.

M. *Hervez de Chégoin.* — Pas d'essentialité. Infection du sang, mais consécutive à l'accouchement, et reconnaissant pour cause, soit l'*infection putride* par putrescence de caillots ou de la matrice, soit l'infection purulente. — Le traitement doit donc consister en injections détersives dans l'utérus, et dans l'emploi d'antiseptiques et de toniques.

Séance du 23 mars.— M. *Trousseau* (16 mars et 23 mars).— Pyrexie sans essentialité puerpérale ; pas d'infection purulente, pas d'infection putride, pas de diathèse inflammatoire ; *spécificité* des épidémies qui produisent ordinairement l'érysipèle traumatique et la pourriture d'hôpital, et qui, dans certaines circonstances indéterminées, envahissent la femme dans l'état puerpéral ou menstruel, et même le fœtus. — La femme subit donc les effets d'une maladie générale et épidémique ; elle ne lui donne pas son caractère.

M. *Paul Dubois.* — Sur l'état puerpéral physiologique viennent s'enter deux groupes de phénomènes pathologiques : le premier, caractérisé par des cas sporadiques, et relativement peu redoutables, comprend l'embarras gastrique et des inflammations peu variées, franches et régulières ; le second, caractérisé par des accidents épidémiques et terribles, offre un ensemble, une physionomie spéciale, qui lui a valu le nom bien mérité de *fièvre puerpérale.* — La cause des accidents n'est ni une infection purulente ni une infection putride, c'est une infection d'origine inconnue, mais qui précède et provoque la purulence. — La contagion n'est pas incontestable ; la prophylaxie est tout, le traitement curatif à peu près nul.

Séance du 6 avril. — M. *Cruveilhier* (23 mars et 6 avril). — La fièvre puerpérale est une *pyro-phlegmasie,* c'est une fièvre traumatique des accouchées ; seulement, il faut accepter la dis-

tinction des deux groupes d'accidents établie par M. Dubois ; le second, par ses phénomènes et son origine, mérite réellement le nom de *typhus puerpéral*, et commande la suppression des grandes maternités, où l'encombrement est inévitable. — Les altérations qui signalent sur le cadavre les grandes épidémies sont la péritonite, la lymphangite et la phlébite avec tendance générale à la purulence.

M. *Danyau*. — La fièvre puerpérale est sans aucun doute une pyrexie miasmatique ; il y a infection du sang primitive, qui peut tuer la femme ou le fœtus avant le travail, ou après l'accouchement, avant d'avoir provoqué une seule des localisations inflammatoires qu'elle tend à produire pourtant en grand nombre. — La contagion n'est pas douteuse ; il faut supprimer les grandes maternités et multiplier les services d'accouchements.

Séance du 13 avril. — M. *Cazeaux* nie, contrairement à M. Trousseau, l'essentialité dans la pyrexie, et admet l'essentialité dans l'état puerpéral, qui, à l'état physiologique même, produit une altération notable des liquides, une aptitude morbide, à tendance pyogénique. — Cette cause puerpérale suffit dans certains cas pour produire, sans plaie, sans phlébite, sans lésion des solides, une transformation des globules sanguins en globules purulents, et pourtant M. Cazeaux admet, pour point de départ des fièvres puerpérales, une *phlegmasie*, attendu que la douleur n'est pas précédée par la fièvre, comme elle le serait dans une pyrexie, et que, à l'état sporadique, on voit les phlegmasies se développer normalement, sans être masquées par la fièvre purulente. Aussi ne peut-on reconnaître avec M. Dubois deux groupes distincts d'accidents. — La contagion est manifeste, il faut adopter les mesures prophylactiques proposées par M. Danyau.

Séance du 20 avril. — M. *Bouillaud*. — Pas d'essentialité de la pyrexie, influence manifeste des conditions puerpérales comme prédisposition morbide. — On a réuni, sous le nom de *fièvre puerpérale*, une foule d'affections diverses, non spéciales à la femme en couches. — L'altération du sang, primitive, est une hypothèse gratuite. — Le traitement n'offre que peu de ressources, la prophylaxie est indispensable.

Séance du 27 avril. — M. *Paul Dubois* revient sur son opinion à l'égard de la contagion, qu'il tend à rejeter. — Les opérés des salles de chirurgie ne subissent pas l'influence du voisinage des salles où s'est développée la fièvre puerpérale, mais celle du génie épidémique. — Les conditions propres au développement de la fièvre préexistent souvent à l'accouchement. — Le sulfate de quinine peut guérir les affections du premier groupe d'accidents admis par l'orateur; mais, dans ces cas mêmes, il produit une intoxication qui n'est pas sans danger.

— M. *Piorry* repousse de nouveau l'idée d'unité admise par

plusieurs académiciens ; il ne voit qu'un ensemble de phénomènes dont l'ordre n'a rien de fixe. Il insiste sur la nécessité d'une nomenclature précise des accidents.

Séance du 4 mai. — M. *Paul Dubois* traite des moyens prophylactiques ; il ne voudrait pas voir supprimer les maternités, mais on pourrait créer des établissements renfermant beaucoup de petites salles bien isolées, qui seraient évacuées complétement ou occupées d'une manière régulière.

M. *Trousseau.* — La doctrine de l'essentialité a reçu de rudes échecs ; restent la localisation et la spécificité. Cette dernière doctrine est toujours soutenue par l'orateur, qui combat la préexistence, chez la femme enceinte, d'un état général qui se manifeste après le travail par la fièvre puerpérale. Celle-ci se contracte, mais ne préexiste pas ; elle ne diffère pas de la fièvre purulente chirurgicale ; le traumatisme, la plaie placentaire en sont presque toujours l'occasion ; la cause efficiente réside dans un *principe spécifique*, inconnu dans son essence et connu dans ses effets.

Séance du 11 mai. — Les lésions locales ne peuvent être subordonnées à l'état général ; elles sont l'origine de tout ; cependant, ce n'est pas la phlébite qui tue dans la fièvre puerpérale, c'est quelque chose qui vient s'y surajouter, et qui donne à une *métrite infectante* son caractère unique de gravité.

Séance du 25 mai. — M. *Velpeau* ne voit dans l'ensemble de la fièvre puerpérale qu'une *phlegmasie suivie d'une fièvre symptomatique* et compliquée, par l'infection purulente ou putride, d'une altération du sang tout à fait consécutive. — La phlegmasie la plus constante est la péritonite. L'orateur accorde à M. Trousseau qu'il peut y avoir quelque chose de spécifique dans les fièvres épidémiques, mais il ne fait pas de la spécificité un caractère essentiel et constant. Il admet comme tout à fait juste l'idée d'une infection purulente, analogue à celle que provoque le traumatisme chirurgical. — La contagion est problématique ; les effets de l'encombrement sont très-discutables, en tant que capables de donner naissance à l'épidémie. — Le traitement est loin d'être inefficace ; les bains, les purgatifs, le calomel, les frictions mercurielles, et surtout les vésicatoires largement appliqués, sont de bons moyens.

Séance du 1er juin. — M. *J. Guérin.* — Il ne peut être question, dans la fièvre puerpérale, d'une pyrexie essentielle. — On voit se passer dans cette maladie les phénomènes communs de la pathologie. — Il y a, dans la matrice, une plaie exposée à l'air, par suite, une plaie suppurante. La matière purulente, pompée par les trompes, va se déverser dans le péritoine, et donne lieu à tous les accidents. Quant à la spécificité, peut-on la nier, quand tout est spécial dans les conditions de la maladie : un état spécial puerpéral, une fonction spéciale, un organe spécialisé pour

cette fonction, une plaie spéciale dans ses éléments anatomiques, un liquide spécial, les lochies, un air véhicule de miasmes spéciaux infectieux, et enfin un mode spécial de putridité ? — L'origine des accidents étant l'exposition à l'air de la plaie placentaire, par défaut de rétraction utérine, il faut provoquer celle-ci par le seigle ergoté. — La contagion ne peut être contestée.

Séance du 8 juin. — M. *Cazeaux* se défend d'être essentialiste. — Pour les essentialistes purs, les accidents qui surviennent après l'accouchement se produisent sur des femmes saines, sous l'influence de causes occultes; pour lui, l'influence occulte préexiste pendant toute la grossesse; c'est l'aptitude morbide de M. Trousseau. S'il survient alors une phlegmasie quelconque, elle emprunte à l'état antérieur de la femme ses éléments de gravité. — Quant à la spécificité telle que l'entend M. Trousseau, il ne peut l'admettre, car les lésions dans les maladies spécifiques sont subordonnées à la cause générale déterminante, tandis que, pour M. Trousseau, elles le sont à la cause locale. — L'orateur demande ensuite à M. Guérin comment il fait le vide dans l'abdomen, cavité à parois flasques, qui subissent la pression extérieure, pour y faire aspirer par l'intermédiaire des trompes le pus de l'utérus. M. Guérin arrive à formuler l'infection putride; quel besoin y a-t-il, dès lors, de se créer une spécificité?

Séance du 15 juin. — M. *Depaul* (8 et 15 juin) fait l'analyse critique des opinions émises par la plupart de ses collègues :

M. Beau nie l'essentialité, et ne constate qu'une diathèse inflammatoire, dont les effets sont trop analogues à ceux des péritonites ordinaires pour en être distingués; mais analogie n'est pas identité, et pourrait-on confondre, parce qu'elles sont analogues, la pleurésie et la pneumonie ?

M. Cazeaux admet une altération générale du sang chez toutes les femmes enceintes, et cela en tout temps. Cette altération peut se traduire par la purulence, indépendamment d'une lésion locale dans toute l'économie ; et M. Cazeaux se dit localisateur !

M. Trousseau a fait deux discours : le premier, pour nier la fièvre puerpérale ; le second, pour créer une affection spécifique du même nom. — Dans ce second discours, il tend à se montrer localisateur, sans toutefois démontrer la localisation ; il méconnaît aussi la gravité de la présence du pus dans les veines ! Quant à la contagion directe, il la nie, au moins en ce qui concerne le transport de l'agent toxique par les accoucheurs.

M. Guérin admet une aspiration par les trompes qui ne saurait être acceptée; il prend l'effet pour la cause, en faisant de l'inertie utérine le point de départ de la maladie.

M. Depaul termine en confirmant toutes les conclusions de son premier discours.

Séance du 22 juin. — M. *Guérin* insiste sur la possibilité du

transport des liquides, de la matrice dans le péritoine, par les trompes; il cite quelques faits pathologiques ou des expériences de physiologie expérimentale et des résultats nécropsiques à l'appui de sa doctrine.

M. *Beau* définit ce qu'il entend par diathèse : c'est, dit-il, l'influence morbide qui détermine les manifestations locales; celles-ci sont de nature inflammatoire dans la fièvre puerpérale, mais on a tort de lui faire dire qu'elles constituaient les inflammations franches. La péritonite est bien la plus fréquente. L'orateur maintient ce qu'il a dit de l'efficacité du sulfate de quinine, à la première période, alors que l'inflammation est encore limitée à la région sous-ombilicale.

Séance du 29 juin. — M. *Bouillaud* n'a jamais entendu nier les altérations primitives du sang, mais il pense qu'on ne peut créer une pyrexie puerpérale. — Il y a deux sortes de fièvres primitives : la fièvre inflammatoire et la fièvre typhoïde ou putride; la fièvre puerpérale rentre toujours dans l'une de ces variétés. M. Bouillaud, oubliant ce que M. Beau a dit des inflammations franches, qu'il nie dans la fièvre puerpérale, lui reproche d'employer le sulfate de quinine, auquel on doit sans conteste préférer les antiphlogistiques.

M. *Guérard* (29 juin et 16 juillet) résume le débat qu'il avait soulevé. — Il commence par mettre de côté et faire sortir du cadre de la fièvre puerpérale les fièvres légères et accidents de la fièvre de lait; les fièvres graves, qui paraissent au dixième jour des couches environ et qui sont symptomatiques de l'infection putride, et enfin, toutes les fièvres plus ou moins intenses qui se developpent à la suite de phlegmasies franches, et qui caractérisent les affections séparées avec raison, par M. Dubois, de la fièvre puerpérale en un premier groupe distinct. — L'essentialité de la fièvre puerpérale ainsi déterminée n'est pas contestable, et c'est bien l'opinion de la majorité des accoucheurs. Elle imprime son caractère aux phlegmasies adventices qu'elle fait passer à la purulence. Elle se caractérise nettement par l'épidémicité, par la septicité primitive et par la contagion, qui ne sauraient être niées avec raison. — Il y a infection miasmatique du sang. On peut invoquer, comme causes prédisposant à subir l'influence épidémique, les conditions particulières de la femme en couches, et l'encombrement. En résumé, la fièvre puerpérale est caractérisée 1° par l'époque de son apparition avant, pendant et après l'accouchement, jusqu'au huitième jour; — 2° par l'évolution et la nature des symptômes; — 3° par son caractère anatomique (altération du sang et formation rapide du pus, avec variabilité de siége); — 4° par la transmissibilité du principe morbifique par infection et peut-être par contagion.

M. Guérard, après avoir nettement formulé l'opinion de chacun

des orateurs qui ont pris part au débat, termine en exprimant le vœu que la discussion porte ses fruits, et que les différentes mesures prophylactiques qui ont été proposées soient étudiées avec soin et provoquent des réformes urgentes dans les maternités.

— *Etudes sur la maladie dite fièvre puerpérale. — Lettres adressées à M. le professeur Trousseau*, par M. Béhier (Union médicale, et Paris, Labé ; in-8°, 204 pages). — Ce travail contient douze lettres, dont nous donnerons la substance en suivant l'auteur pas à pas.

1re *lettre.* — Importance des lésions anatomiques ; constance de la phlébite, qui n'a manqué qu'une fois sur 85 autopsies. La phlébite se localise de préférence sur l'utérus, dans les veines utéro-ovariques à leur insertion utérine, dans les sinus transverses supérieur et inférieur, les sinus latéraux ; le col de l'utérus, qu'il est essentiel d'examiner avec soin, présente souvent de petits abcès disséminés dans son tissu.

2e *lettre.* — La gangrène traumatique et la pourriture d'hôpital peuvent être le point de départ des accidents, et une complication de la phlébite assez fréquente. La première s'est rencontrée 11 fois, la seconde 22, sur le même total de 85 nécropsies faites par l'auteur.

3e *lettre.* — La péritonite est une complication bien plus fréquente encore, elle compte 52 cas. — Elle est toujours secondaire, et son apparition est nettement signalée, pendant le cours de l'affection générale, par les nausées et les douleurs. — L'auteur discute les opinions de M. Lorain et conclut que, chez les enfants morts à la naissance avec les caractères de l'épidémie puerpérale, la phlébite ombilicale est le point de départ des érysipèles et des péritonites qui les ont tués.

4e *lettre.* — Discussion des symptômes. — Le frisson dit *initial* est au contraire un signe de la maladie confirmée, de l'infection purulente. — Le premier signe, celui qui donne le premier l'éveil et qu'on doit toujours consulter, c'est la douleur, c'est un gonflement douloureux des annexes, préalable à la fièvre, et que provoque le palper abdominal.

5e *lettre.* — L'auteur insiste sur la constance et l'initiative du signe local ; il constate l'extinction ultérieure de la douleur comme le signe certain du passage de la maladie à l'état typhoïde ; il divise les affections puerpérales en trois groupes, suivant que la plaie utérine marche régulièrement à cicatrisation, ou qu'elle suit une marche irrégulière et présente une phlébite soit locale, soit généralisée.

6e *lettre.* — Marche de la maladie. — La rapidité de la suppuration utérine vient de ce que l'affection est secondaire, entée sur une maladie, ou plutôt une opportunité morbide, la grossesse. — La rapidité de généralisation purulente est due au mélange

local et en nature du pus avec le sang, et à l'influence septique de ce mélange sur le liquide sanguin. — La généralisation épidémique des cas est due à une influence occulte incontestable, comme celle qui sévit sur les salles d'opérés.

7e *lettre.* — Nature. — La fièvre puerpérale n'est essentielle ni comme fièvre capable d'attaquer les individus de tout âge et de tout sexe, ni comme fièvre puerpérale attaquant uniquement les femmes en couches.—Les femmes subissent l'influence de constitutions médicales qui leur sont communes avec les opérés et toutes les victimes d'un traumatisme quelconque. — Il n'y a pas de forme pectorale de la fièvre puerpérale.

8e *lettre.* — La péritonite puerpérale n'est pas primitive.

9e *lettre.* — Le rôle de la lymphangite a été limité par Tonnelé lui-même. Les lymphatiques ne s'enflamment que lorsqu'ils traversent des tissus cellulaires déjà infiltrés. — L'altération du sang n'est pas primitive ; elle ne précède pas l'infection purulente. — Le rôle de l'encombrement, dans la production des typhus puerpéraux, est au moins contestable.

10e *lettre.* — L'altération du sang est secondaire ; elle est identique à celle que produit la phlébite. — Il préexiste à l'état typhoïde produit par l'infection purulente une période inflammatoire, caractérisée par de la douleur locale avec gonflement.— Ce sont ces deux périodes que M. Dubois a isolées en groupes distincts. — Il y a identité de symptômes entre la fièvre puerpérale et l'infection purulente.

11e *lettre.* — La maladie des femmes en couches offre quatre types : 1° Phlébite utérine et infection purulente sans complications ; — 2° phlébite et infection purulente avec complication de péritonite aiguë ; — 3° phlébite, compliquée de gangrène ; — 4° phlébite, compliquée de pourriture d'hôpital.

12e *lettre.* — Discussion de l'opinion de M. Velpeau, relativement à la préséance qu'il attribue aux accidents péritonéaux, et de l'opinion de M. Pidoux, relativement à l'aptitude nécessaire du système circulatoire général pour la suppuration, préalablement à toute métastase et aux retentissements de la phlébite locale.

Conclusion. — Les phénomènes observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial sans analogues dans la pathologie ; ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales, et la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle. — L'auteur rejette nécessairement la doctrine de la contagion, et n'admet que des coïncidences. — Il constate la coïncidence de l'érysipèle chirurgical en temps d'épidémie dite *puerpérale*.

Traitement. — Postérieurement au frisson dit *initial*, il n'est plus utile, l'infection purulente existe ; antérieurement à ce si-

gne, il doit être très-actif, et dès la constatation du signe local 40 sangsues dans la journée (jusqu'à 200 en trois jours). Cependant soutenir les forces par l'alimentation ; larges vésicatoires ; frictions mercurielles à haute dose ; pas de calomel, la diarrhée est trop redoutable ; pas de seigle ergoté, il éveille la douleur.

— *Notes sur la fièvre puerpérale*, par M. Pidoux (Union médicale, p. 190). — Les essentialistes et les localisateurs sont dans le faux, les premiers en admettant une entité fébrile indépendante des désordres locaux ; les seconds en faisant de ceux-ci la condition essentielle des altérations générales. — Dans la maladie de Bright, où est le début des altérations : est-ce dans le sang ou dans les reins ? — Dans la fièvre puerpérale, tout l'organisme de la femme forme les éléments du pus ; mais la suppuration s'opère de préférence dans l'utérus et ses annexes, *centre* de l'affection puerpérale. — Si l'utérus n'est pas *seul* altéré primitivement, la doctrine des localisateurs n'existe plus ; si le sang n'est pas seul altéré primitivement, l'idée de la généralisation primitive et indéterminée des ontologistes n'existe pas davantage. — La plaie placentaire est physiologique, l'utérus n'est donc pas la *cause* de l'état grave puerpéral. — A la première puissance, l'état puerpéral donne les allures pathologiques de la fièvre de lait à une opération physiologique qui a pour but la formation d'un produit sain. — A la seconde puissance, il crée des phlegmasies franches, des inflammations diverses avec tendances rhumatismales, avec coagulations spontanées du sang dans les veines. — Vienne une constitution maligne, alors l'influence puerpérale passe à la troisième puissance ; elle amène des pyro-phlegmasies où la réaction générale commence à dominer la phlegmasie, qui perd alors sa spécialisation et se dissémine, et cette réaction, cette pyrexie finit par dominer la situation et par former une affection générale, la fièvre puerpérale purulente où l'économie tout entière est infectée, parfois même sidérée, avant qu'aucun travail local ait pu s'organiser. — Cette dernière forme ne saurait être isolée des fièvres symptomatiques de lésions locales ; ce serait oublier que les modifications de l'organisme qui constituent l'état puerpéral sont tout à la fois, et d'une manière indivisible, générales et localisées plus spécialement *au centre des fonctions puerpérales*, sur l'organe utérin. — Il ne peut donc y avoir contradiction entre les faits que supposent les localisateurs et les essentialistes, et les fièvres puerpérales ne sont que des pyrexies dans la nosologie spéciale de l'état puerpéral. Se renfermer dans l'idée d'un typhus puerpéral, c'est méconnaître les formes d'origine, les formes bénignes et phlegmasiques, c'est-à-dire à réaction plutôt locale et centrale, des fièvres puerpérales sporadiques. — Dans les formes épidémiques graves, on constate l'indolence de l'utérus ; c'est un signe

dont les essentialistes auraient tort de se prévaloir pour *décentraliser* la fièvre puerpérale et nier la phlegmasie ; mais ce caractère d'indolence est encore plus funeste aux localisateurs, c'est le cachet de la *secondaireté* des phlegmons, des suppurations *constitutionnelles* de Hunter. — La pénétration du pus dans le sang peut alimenter une disposition pyogénique préexistante, et dont il est la preuve, elle ne produit pas, elle est incapable de produire, à elle seule, une maladie coordonnée. Expliquer l'état morbide général par la dissémination du pus, c'est expliquer les causes par les effets. — La maladie est un parasite, elle *n'est* qu'aux dépens de l'être sain, et n'acquiert son individualité complète que le jour où elle détruit le dernier souffle, le *vita sana superstes ;* elle n'a titre spécifique que quand elle peut, soit par hérédité, soit par contagion, se reproduire dans son espèce. Il en est ainsi de la fièvre puerpérale. Aucune maladie n'est moins spécifique de sa nature ; arrive-t-elle à l'état de pyrexie épidémique, elle acquiert des propriétés contagieuses, et l'on comprend alors qu'elle ait été dite spécifique par certains auteurs qui, du reste, prennent ce terme dans un autre sens. Mais on peut l'empêcher de parvenir à sa troisième puissance, et ce résultat on doit le chercher dans l'hygiène, il ne faut pas l'attendre de la matière médicale, cette partie précaire et humiliante de l'art. — Les circonstances extérieures fécondent, mais ne font pas naître l'aptitude morbide ; la maladie couve pendant de longs intervalles, elle se charge en quelque sorte pendant l'intermittence, pour éclater en accès pernicieux. La fièvre puerpérale couve sous la misère de nos accouchées, elle couve dans les salles encombrées de nos maternités ; elle attend l'heure d'éclater avec toute sa violence ; il faut la prévenir, il faut que l'accouchée ne trouve pas dans les asiles de l'assistance publique les éléments aggravateurs des maladies auxquelles l'expose sa misère ou sa débilité ; il faut décomposer à l'avance les éléments du typhus puerpéral, de la forme excessive du mal ; il faut, en disséminant et amoindrissant les foyers, rompre les épidémies, ce corps des maladies, comme le dit Haller : *Epidemias, morborum nempe vitas*, et en disperser les membres dans la sporadicité où s'abâtardissent les maladies aiguës.

— *De la fièvre puerpérale devant l'Académie impériale de médecine de Paris, et des principes du vitalisme hippocratique appliqués à la solution de cette question*, par M. Auber (Paris, Germer Baillière ; in-8°, 111 pages). — La fièvre puerpérale est une pyrexie essentielle. C'est une réaction de l'organisme, un effort d'élimination d'un agent toxique ; elle est en cela comparable aux fièvres éruptives. L'agent morbifique, c'est le lait, c'est la matière lochiale, qui, tous deux, infectent le sang. — L'auteur admet franchement la vieille idée des métastases du lait, des lochies, et profite des analyses incertaines qui ont été faites du sang et des

dépôts intrapéritonéaux, pour assimiler ces derniers à des épanchements de métastases de lait décomposé. — Une analyse un peu trop abrégée des discussions de l'Académie de médecine et des opinions de chaque orateur fait ressortir l'indécision de quelques académiciens et les critiques que méritent leurs systèmes, sans entraîner les convictions en faveur de l'auteur.

— *De la fièvre puerpérale dans l'école de Florence*, par M. Prosper de Pietra-Santa (Union médicale, p. 293). — L'école de Florence semble unanime pour voir dans la fièvre puerpérale une infection purulente. — L'absorption du pus a lieu par les veines béantes de la plaie utéro-placentaire, par les lymphatiques, et *surtout* par les trompes de Fallope ; de là la fréquence des péritonites. — Le pus se trouve souvent dans les trompes en collection, sans qu'il y ait rougeur ni inflammation à leur surface interne, il n'y est donc qu'en passage et provient de la matrice.

— *De la fièvre puerpérale dans l'école allemande* (Union médicale, p. 222). — La fièvre puerpérale est-elle contagieuse ? Oui, disent Semmolwise et Skoda ; non, répondent Scanzoni, Seyfert, Kiwish, Lumpe, Zipfl, Veit et Virchow. — Ce dernier auteur voit dans la fièvre puerpérale un érysipèle à forme maligne de la surface interne ; il fait remarquer que, dans les dépôts d'apparence purulente du péritoine, on ne trouve pas trace de pus, mais des masses amorphes granuleuses, riches en graisse, rebelles aux réactifs, et tout à fait semblables aux dépôts diphthéritiques des surfaces muqueuses. — Les recherches de Kirwish et Sherer montrent, chez les accouchées, l'augmentation de la fibrine et la diminution des principes solides du sérum, mais ces modifications sont physiologiques et constantes ; il ne survient d'autres altérations appréciables du sang que consécutivement à la maladie. — Enfin, Scanzoni, après avoir démontré qu'il y a trois formes d'altération du sang dans la fièvre puerpérale : la crase hypérinotique (ou fibrineuse), la crase pyoémique (ou ichorrhéique de Virchow), et enfin l'état de dissolution, conclut que la nature de la fièvre puerpérale doit être cherchée dans une altération de la masse du sang, et que seule elle constitue l'affection. On commettrait toutefois une grave erreur, au point de vue de la pratique, si l'on s'arrêtait à ne voir jamais dans cette maladie qu'un seul genre d'altération du sang.

— *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, par M. S. Tarnier (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, VIII-207 pages). — Nous donnons les conclusions posées par l'auteur ; mais il est essentiel de lire les discussions et l'exposé qui forment les premiers chapitres, à cause du mérite même de l'ouvrage, et parce que M. Tavernier, ancien élève de Beaujon, ancien partisan du phlébitisme, a modifié ses idées après son séjour à la Maternité. — A la suite des conclusions, sont résumées vingt-six observations

tirées d'un ensemble considérable, et qui ont servi de types à l'auteur. Les trois premières concernent deux jeunes filles et une femme enceinte. — Plusieurs sections rapprochent les uns des autres les cas qui offrent quelque analogie soit par l'intensité et le mode de terminaison, soit par la nature des accidents.

Conclusions. — 1° L'état puerpéral est un état spécial qu'on a eu le tort d'assimiler à l'état des amputés. Cet état est intimement lié aux fonctions de la génération chez les femmes. La menstruation en est la première période ; la puberté et la ménopause en forment les deux limites extrêmes. Il convient d'y joindre l'état que présentent le fœtus et l'enfant nouveau-né. — 2° Le développement de la fièvre puerpérale n'est possible que pendant la durée de l'état puerpéral. Cette maladie sévit le plus souvent sur les femmes en couches ; mais elle atteint quelquefois les femmes enceintes, et plus rarement les femmes non mariées ou les jeunes filles, surtout pendant l'époque menstruelle. Elle s'étend jusqu'aux fœtus et aux enfants nouveau-nés qu'elle fait périr en grand nombre. — 3° Les maladies puerpérales sont multiples ; diverses inflammations peuvent compliquer les couches, mais le diagnostic peut le plus souvent être établi entre la fièvre puerpérale et les affections inflammatoires. — 4° Les preuves de l'existence de la fièvre puerpérale, de sa spécificité, sont : *a.* L'altération du sang.— *b.* L'absence de lésions palpables dans certains cas. — *c.* L'uniformité des symptômes, malgré la diversité des lésions habituelles.— *d.* Sa nature épidémique.— *e.* Sa propagation par contagion.—5° La fièvre puerpérale est une maladie générale, un empoisonement de tout l'organisme, qui se fait probablement, dès le principe, dans le sang. — 6° La fièvre puerpérale peut être comparée à un assez grand nombre de maladies : à la variole, au typhus, et, chez les animaux, à la pneumonie épizootique. — 7° Le typhus et la fièvre traumatique sont des affections distinctes de la fièvre puerpérale. — 8° Toutes les maladies locales connues, séparément ou collectivement, sont impuissantes à rendre compte des phénomènes connus sous le nom de fièvre puerpérale. — 9° La fièvre puerpérale fait beaucoup plus de ravages dans les hôpitaux que dans la clientèle civile.—10° La fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse. Il est probable que, dans certaines conditions, les médecins peuvent servir de transport au germe de la maladie. — 11° Un médecin qui vient de faire une autopsie de fièvre puerpérale ne doit jamais pratiquer immédiatement un accouchement. — 12° Dans les cas graves, l'efficacité du traitement est nulle. — 13° La prophylaxie seule peut faire diminuer notablement la mortalité des femmes en couches. — 14° On doit favoriser autant que possible les accouchements à domicile. — 15° Il faut remplacer les grandes maisons d'accouchements par de petites maternités. —16° On devra, au-

tant que possible, recevoir les femmes enceintes dans l'hospice, quinze jours au moins avant l'accouchement. — 17° Dans un hôpital bien entendu, il faut séparer toutes les nouvelles accouchées les unes des autres; chaque femme doit avoir une chambre particulière. — 18° Les salles doivent n'être occupées qu'à tour de rôle. La chambre dans laquelle aura séjourné une nouvelle accouchée devra être évacuée pendant quinze jours pour faciliter le lavage, la ventilation et le changement de la literie.

— *Etudes sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, des résorptions purulentes et des résorptions putrides*, par M. Mattei (Moniteur des hôpitaux, et brochure in-8°, 51 pages). — La fièvre puerpérale, pour se produire, a besoin d'une cause prédisposante ou condition générale, et d'une cause déterminante ou conditon locale, qui est offerte par l'accouchement. — L'auteur admet cinq degrés de la maladie : l'inflammation superficielle utérine avec réaction sympathique des mamelles ou fièvre de lait ; — l'inflammation profonde : péritonite puerpérale, phlegmon péri-utérin, phlébite adhésive, etc.; — l'inflammation purulente de la surface interne des vaisseaux, infection purulente ; — la résorption putride localisée : escarres du vagin, de la vulve et des aines ; — la résorption putride généralisée. — Les causes générales ne sont ni un virus, ni un principe miasmatique ou infection spéciale ; cependant c'est l'encombrement et la décomposition des lochies qui sont, pour l'auteur, la cause prochaine ; l'accouchement et la plaie utérine sont les conditions essentielles de développement pour la maladie. — La forme épidémique n'est que l'extension des cas par infection de voisinage. — La contagion directe est admissible comme propagation miasmatique, non comme propagation d'un virus ou miasme puerpéral spécial. — La fièvre puerpérale peut influer sur la marche des maladies régnantes, par son caractère infectieux. — La lymphe plastique peut limiter la maladie par sa précipitation dans les vaisseaux utérins. Si elle a, par l'appauvrissement du sang, perdu ses qualités, elle devient incapable d'arrêter le transport du pus. — L'auteur recommande l'emploi du seigle ergoté contre l'inertie utérine, et de l'écorce de quinquina contre la putridité.

— *De la fièvre puerpérale*, par M. Piorry (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8°, 15 pages). — Voir la discussion sur la fièvre puerpérale, à l'Académie de médecine, p. 387.

— *De la fièvre puerpérale*, par M. Wrotnowski (Thèses de Paris, n° 141). — L'auteur insiste sur l'opinion de Virchow et de MM. Tarnier et Vulpian, qui ont mis en doute la nature purulente du liquide blanc qui se rencontre dans les trompes de l'utérus des femmes mortes de fièvre puerpérale. — Il constate que le frisson est le plus souvent unique et bien accusé dans les temps d'épidémie, et qu'il suit alors de près la délivrance. — Il précède

le plus souvent la douleur abdominale. — La douleur ne débute pas toujours au voisinage de l'utérus; elle peut se montrer au niveau de l'ombilic ou même des fausses côtes. — La maladie appartient à la grande classe des affections miasmatiques et se range près du typhus. — Le traitement curatif n'offre rien de certain dans ses résultats; pour le traitement prophylactique, l'auteur admet les opinions de M. Dubois. — Cette thèse est plutôt un exposé d'opinions que le résultat d'une expérience assise sur un grand nombre de faits. — Pas d'observation.

— *Note sur la fièvre puerpérale*, par M. Surmay (Union médicale, p. 394). —Voici les conclusions de cette note : 1° Les suppurations abondantes ou multiples de la fièvre purulente et de la fièvre puerpérale sont le produit d'une disposition ou action suppurative générale. — 2° Cette disposition a été engendrée, soit spontanément, soit sous l'influence de causes diverses spécifiques ou autres, par une disposition ou action inflammatoire générale dont elle est ainsi la terminaison. — 3° En nosologie, il ne faut pas faire de l'état pathologique caractérisé par ces suppurations une maladie, mais un mode d'une maladie qui est l'affection ou l'état inflammatoire général.

— *Note sur un cas de double phlébite utérine chez une femme morte le vingt et unième jour après l'accouchement*, par M. Dumont-Pallier (Gazette médicale, p. 427). — Voici les conclusions tirées par l'auteur de l'examen nécropsique : 1° Le point de départ de la double phlébite utérine, constatée à l'autopsie, a été la surface placentaire. — 2° Le pus était bien dans les sinus et les veines utérines, et n'était, à gauche, limité par aucun caillot obturateur. — 3° Le pus a pu passer directement dans la circulation utéro-ovarienne, et donner lieu aux symptômes d'infection purulente observés chez la malade. — 4° Toutes les fois que l'on rencontre chez une nouvelle accouchée, d'une part, les symptômes de l'infection purulente, et d'autre part une anatomie pathologique qui donne la raison des symptômes, la maladie doit être dite infection purulente et non fièvre puerpérale.

— *De la fièvre puerpérale*, par M. Hélot (Thèses de Paris, n° 67).

— *Etudes sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin*, par M. Virchow (Monatssch. für Geburtsk et Gazette hebdomadaire, p. 516). — M. Virchow donne le résultat de ses observations, qui ont porté surtout sur l'anatomie pathologique; il a noté dans un grand nombre d'autopsies l'endocardite aiguë, qui peut être fréquemment le point de départ des abcès métastatiques; c'est par *embolie capillaire* qu'ils se produisent. Une malade a succombé à un ramollissement du cœur, etc. La péritonite a été presque constante, et le plus souvent elle existait seule; elle était superficielle et profonde.

— *Observations du professeur Simpson sur la contagion et la*

propagation de la fièvre puerpérale. — *Analyse*, par M. Noizet (Gazette hebdomadaire, p. 367). — Cet article est consacré à l'analyse des opinions de M. Simpson. L'accoucheur anglais pense que le foyer originel de contagion doit être recherché dans l'état pathologique du sang et des tissus de la mère atteinte la première ; son sang a infecté l'enfant qu'elle portait, et les sécrétions vaginales écoulées pendant le travail ont constitué probablement le virus ou la matière qui, involontairement transmise, a infecté les autres malades. La fièvre puerpérale se transmet par l'intermédiaire d'une tierce personne, le médecin ou la nourrice. — On doit s'attacher à prévenir la fièvre puerpérale, en évitant cette contagion, qui peut se faire par la main du médecin et par ses habits, par des miasmes émanant de personnes malades et pénétrant par inhalation dans le sang des femmes en couches ; par une mauvaise ventilation, par influence épidémique (favorisant la contagion) ; la plus grande analogie existe entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle.

— *De la fièvre puerpérale*, par William Murphy, traduit par M. Gentil (Paris, Germer Baillière ; in-8°, 31 pages). — L'auteur s'attache à faire ressortir les différences qui séparent la fièvre puerpérale, proprement dite, de toute autre affection. — La péritonite, la phlébite, le typhus même, sont l'objet d'un long diagnostic établi sur les lésions cadavériques, sur les symptômes et sur les effets du traitement. — La spécificité de l'affection ne fait pas l'objet du moindre doute pour l'auteur, qui regarde la maladie comme produite par un miasme de nature animale, comme essentiellement contagieuse, ce qui, en dehors des différences anatomiques, suffirait pour l'isoler des inflammations. — L'auteur emploie, pour désigner le principe de la maladie, l'expression de *poison puerpéral ;* le poison puerpéral exerce de préférence son action sur les membranes séreuses ; cette action elle-même vient du sang, elle est spécifique et définie. — Il explique les différents succès obtenus par des traitements bien divers, par une simple question de quantité des miasmes absorbés et de degré de l'épidémie. — Il rejette l'utilité du calomel et des mercuriaux, accorde plus de confiance à l'essence de térébenthine et au camphre, et insiste avec raison sur l'importance des moyens prophylactiques.

— *Recherches d'anatomie microscopique sur la fièvre puerpérale*, par M. Tarnier (Bulletin de la Société anatomique, p. 122). — Cette communication a pour but de faire connaître que, dans certains cas où le liquide trouvé dans les trompes de femmes mortes de fièvre puerpérale avait un aspect purulent, il n'était cependant constitué que par du mucus, lorsqu'on l'examinait au microscope. L'état des trompes ne pouvait donc être le point de départ d'une infection purulente.

— *Considérations sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale*, par M. Legroux (Bulletin de thérapeutique, p. 49). — L'auteur s'élève contre la sentence fatale d'*incurabilité* prononcée contre la fièvre puerpérale. Professant la doctrine de la *conciliation*, il pense que les doctrines de l'essentialité de l'infection purulente ou putride et de l'inflammation reposent sur des faits bien observés ; mais prises isolément, elles sont insuffisantes. La thérapeutique, par les vomitifs (ipéca), les sudorifiques, le sulfate de quinine, les antiphlogistiques, les toniques suivant les cas, est souvent efficace dans les cas légers, et rend des services dans les cas plus graves.

— *Fièvre puerpérale*, par M. Cros (Gazette des hôpitaux, p. 250). — Une observation de guérison. — Le traitement employé et recommandé par l'auteur est la médication mercurielle altérante (onguent napolitain, 120 à 140 grammes en trois jours, calomel, 75 centigrammes à 1 gramme dans le même temps, dès le début). — Cataplasmes et bains tièdes.

— *De la ventilation dans les hospices d'accouchement* (Revue étrangère, p. 77). — Il résulte de cet article que la mortalité a été d'autant été plus grande chez les femmes en couches que la ventilation se faisait moins bien.

— *Emploi du vératrum dans un cas de fièvre puerpérale*, par M. Vedder (Amer. med. Monthly, janvier 1858, et Gazette hebdomadaire, p. 179). — Ellébore vert. — Une observation, ne prouvant pas que ce médicament ait une efficacité réelle.

— *La fièvre puerpérale et l'Académie impériale de médecine*, par M. Fleury (Paris, Labé ; in-8°, 31 pages).

— *Parallèle entre les dermatoses parasitaires et les fièvres puerpérales* (Union médicale, p. 326). — Le parallèle n'est établi que sur ce point : la gale, autrefois mal connue, était abandonnée aux empiriques faute de méthode rationnelle pour la traiter, et le plus souvent déclarée incurable à cause de ses récidives ; la fièvre puerpérale, incurable pour nous, ne trouvera-t-elle pas un jour son traitement rationnel quand elle sera mieux connue ?

— *Du traumatisme dans l'accouchement, comparé au traumatisme ordinaire, suivi de la relation d'une épidémie de métro-péritonites puerpérales qui a régné à la Maternité de Lyon en* 1858, par M. Létiévant (Thèses de Paris, n° 292).

— *De la surface interne de l'utérus après l'accouchement*, par M. Duncan (Edinburgh medical Journal, Revue étrangère, p. 33).

— *De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la marche de la phthisie pulmonaire*, par M. Coillot (Thèses de Paris, n° 81).

— *Des morts subites chez les femmes enceintes ou récemment*

accouchées, par M. Moynier (Paris, V. Masson; in-8°, 171 pages). — Nous trouvons sous ce titre un travail consciencieux et très-instructif dont les discussions, bien fondées sur 70 observations et des citations tirées de recueils ou d'auteurs qui méritent toute confiance, conduisent l'auteur à admettre les divisions suivantes: — Morts subites par lésion du système circulatoire, du système respiratoire et du système nerveux. Dans le premier ordre, nous signalerons le paragraphe consacré à l'examen des cas où la mort semble avoir été produite par la présence de l'air dans le système circulatoire. Plus nombreux qu'on ne serait porté à le croire, ces cas fournissent à l'auteur le sujet d'une dissertation bien faite sur le mécanisme de l'introduction de l'air dans les veines utérines après le part, sans putréfaction, et sur la manière dont survient la mort. — Un autre chapitre, sur la syncope, a été aussi placé par l'auteur dans les lésions du système circulatoire, mais les faits qui ne peuvent rentrer dans ce cadre ont été bien isolés par l'auteur et se retrouvent dans les chapitres consacrés à l'épuisement nerveux et aux impressions morales vives comme causes de mort subite. — La formation d'un caillot dans les gros vaisseaux et la fréquence de cette lésion, et enfin, la mort par formation de l'écume bronchique et l'asphyxie consécutive, sont le sujet de chapitres très-intéressants. — Un seul fait suffit-il pour constituer un chapitre sur les morts subites par altération chimique du sang?

— *Des convulsions urémiques des femmes grosses, en travail ou en couches*, par M. Braun; traduit par M. Pétard (Paris, Germer Baillière; in-8o, 66 pages). — Etude originale et consciencieuse de la maladie. — L'auteur passe en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement. — Il n'hésite pas, tout en reproduisant les arguments contraires à sa doctrine, à faire de l'urémie la cause prochaine de l'éclampsie. L'albuminurie est insuffisante à provoquer des accès s'il n'y a urémie, bien plus, décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque facile à déceler par les réactifs dans le sang même qui provient de la phlébotomie ou sur le cadavre; l'albuminurie elle-même et l'urémie sont causées par la congestion des reins dont la circulation est entravée pendant la grossesse des primipares surtout. — Les prodromes et les nombreux signes qui peuvent tenir le praticien en défiance sont très-bien exposés et discutés. Enfin, le traitement examiné au point de vue de la prophylaxie, de l'intervention obstétricale et de la matière médicale, fournit à l'auteur l'occasion d'émettre les vues les plus saines fondées sur le raisonnement, et d'adopter des méthodes appuyées sur des faits étrangers à sa propre pratique et observés sans idée préconçue. — L'influence funeste de l'urémie de la mère sur le fœtus, des accès éclamptiques sur la mère et sur le produit, de l'accouchement prématuré

sur la vie de l'enfant, sont les points traités par l'auteur avec le plus grand soin.

— *Eclampsie survenue au cinquième mois de la grossesse, chez une primipare*, par M. Carville (Gazette des hôpitaux, p. 383).

— *De l'éclampsie puerpérale*, par M. Larquet (Thèses de Paris, n° 115). — C'est une bonne étude de la question que nous offre l'auteur. Les opinions dominantes sur la nature, le traitement ou les causes de l'affection semblent volontiers empruntées à M. Dubois. — L'auteur admet, comme cause de l'albuminurie, cette complication immédiate de l'éclampsie, une modification apportée par la grossesse dans les qualités du sang plutôt qu'une inflammation rénale d'aucune espèce. — La fréquence de la douleur épigastrique, comme prodrome, est très-contestable ; celle d'un point céphalalgique intense est bien plus évidente. — Dans son essence, l'affection est une névrose. Le traitement est prophylactique ou curatif. — La première indication est remplie par les saignées préventives, qui sont aussi, avec les bains, un des meilleurs remèdes, quand l'accès est déclaré. — L'intervention de l'accoucheur et la déplétion prématurée de l'utérus sont peu recommandables avant le travail. — Pendant le travail, il faut activer l'expulsion du fœtus par l'accouchement artificiel. — Après le travail, il vaut mieux abandonner le délivre que de se livrer à des manœuvres violentes pour l'extraire, et se garder d'introduire la main jusque dans la matrice.

— *Sur quelques cas d'éclampsie pendant le travail et après l'accouchement*, par M. Dunal (Revue thérapeutique du Midi, p. 564). — L'auteur, tout en reconnaissant le lien étroit qui semble unir l'albuminurie et l'éclampsie, n'admet qu'un rapport de coïncidence entre les deux ordres de phénomènes. — L'éclampsie tire son origine d'une altération vitale, d'une *lésion dynamique* inconnue dans son essence, d'une modification profonde apportée dans l'économie de la femme par l'établissement et les progrès de l'état puerpéral. — Les prodromes ont été dans les observations citées bien accusés chez les malades, et l'un d'eux, la douleur abdominale, a toujours précédé la céphalalgie. — Le traitement est variable, mais ce sont encore les saignées qui ont produit le meilleur résultat, et par elles-mêmes, et en facilitant peut-être l'accouchement artificiel. — Quatre observations, trois guérisons. La dernière malade est morte ; elle était déjà à la période ultime quand on réclama les secours du médecin.

— *Eclampsie chez une femme en travail sans albuminurie*, par M. Otto Spiegelberg (Monatssch. für Geburtsk et Gazette hebdomadaire, p. 426).

— *Eclampsie au huitième mois de la grossesse. — Guérison.*

— *Accouchement de deux enfants réunis sur les côtés* (Union médicale, p. 295). — Femme hystérique, forte; prodromes céphalalgiques au septième mois de la grossesse; au huitième, accès subit d'éclampsie; en quelques heures, commencement de travail. — Une saignée. — Accouchement prématuré artificiel très-pénible, l'opérateur ayant rencontré et fait sortir l'un après l'autre deux pieds qui appartenaient à deux fœtus différents. L'accouchement est poursuivi simultanément pour les deux enfants qui sont extraits morts, après trois heures de travail. — Les attaques d'éclampsie parurent alors se modérer. Bain tiède et sangsues derrière les oreilles. — La mère guérit en six jours; après avoir eu 30 attaques, dont quelques-unes durèrent plus d'un quart d'heure, elle ne conservait aucun souvenir de l'accouchement ni des manœuvres. — Les enfants sont réunis par les parties molles et osseuses du bassin, latéralement, de sorte qu'ils ont le visage tourné tous les deux en avant. La description complète et anatomique est donnée dans l'observation.

— *De la fausse couche*, par M. Chabrier (Thèses de Paris, nº 161).

— *Des causes des fausses couches ou de l'avortement*, par M. Chalvon (Thèses de Paris, nº 80).

— *De l'avortement*, par M. Gillotin (Thèses de Paris, nº 82).

— *Avortement simulé*, par M. Tardieu (Gazette des hôpitaux, p. 454). — Exemple d'avortement simulé, tiré du mémoire: Études médico-légales sur l'avortement. Ce fait paraît unique dans la science ; la vérité a été reconnue, parce que les médecins n'ont trouvé aucun des signes du début de la grossesse ou de l'avortement.

— *Avortement simulé*, par M. Delanglard (Gazette des hôpitaux, p. 471). — Nouvelle observation, intéressante au point de vue médico-légal.

— *Iodure de potassium comme abortif* (Presse médicale de Marseille, nºs 7 et 9). — Une femme éprouve, après avoir pris trois cuillerées de potion contenant 4 grammes d'iodure de potassium pour 150 grammes de véhicule, une perte de sang, et les signes de l'avortement se déclarent tout à fait quand la potion a été prise en entier.

— *Accouchement prématuré artificiel* (Gazette des hôpitaux, p. 94).

— *Accouchement artificiel*, par M. Dor (Journal de physiologie, p. 390). — L'auteur propose d'employer l'acide carbonique en douches sur l'utérus pour déterminer les contractions de cet organe. — Deux succès dans des cas d'inertie. — Innocuité qui doit le recommander.

— *De l'accouchement prématuré artificiel. — Indications, contre-indications*, par M. Raguit (Thèses de Paris, n° 170).

— *Moyens de déterminer l'accouchement prématuré*, par M. Noir (Thèses de Paris, n° 140).

— *Des procédés d'accouchement prématuré artificiel*, par M. Baillé (Thèses de Paris, n° 70).

— *Accouchement prématuré artificiel. — Enfoncement du pariétal gauche par l'angle sacro-vertébral*, par M. Stoltz (Gazette des hôpitaux, p. 177). — L'accouchement prématuré a été fait, pour une étroitesse du bassin, au moyen des injections vaginales avec de l'eau chaude. La fracture s'est produite sous l'influence des contractions utérines et de la compression des os du bassin. — Dans ces cas, il est très-difficile de distinguer la fracture produite pendant l'accouchement d'une fracture faite après la naissance de l'enfant, dans le but de le tuer.

— *De la cachexie séreuse chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées*, par M. Chalot (Thèses de Paris, n° 124).

— *De l'hydrorrhée dans la grossesse*, par M. Basset (Thèses de Paris, n° 114).

— *Pathogénie de l'hydrorrhée des femmes enceintes*, par M. Braun (Zeitsc. der Gesellsch. et Gazette hebdomadaire, p. 909). — Dans une observation rapportée par M. Braun, une femme avait perdu pendant la grossesse, à diverses reprises, une grande quantité de liquide par les organes génitaux. Après la délivrance, l'accouchement s'étant fait à terme, les membranes ne furent pas trouvées altérées; il y avait une fausse membrane organisée entre la paroi interne de l'utérus et la face convexe du placenta. Il paraît probable qu'il s'était fait en cet endroit un exsudat dont une partie s'était organisée, tandis que l'autre s'était fait jour en décollant les membranes de l'œuf.

— *Mémoire sur la métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, par M. Chassinat (Gazette médicale, p. 454).

— *De la valeur des théories dans l'explication des causes de la menstruation*, par M. Giraudet (Gazette des hôpitaux, p. 274). —M. Giraudet, pour prouver que la formule de M. Négrier : « L'évolution des vésicules de Graaf est la cause de la menstruation, » est fausse, cite des observations dans lesquelles : 1° la menstruation a toujours été régulière et normale, malgré la présence d'altérations graves des ovaires rendant l'ovulation impossible, et 2° les ovaires étant sains et contenant des vésicules de Graaf, il n'y a pas eu de menstruation depuis un temps plus ou moins long.

— *Sur la menstruation pendant la grossesse*, par M. Elsaesser (Gazette médicale, p. 484). — Statistique de laquelle il résulte que la menstruation, pendant la grossesse, n'est pas très-rare; qu'elle est plus commune chez les multipares que chez les pri-

mipares; qu'elle est plus fréquente dans la première que dans la deuxième moitié de la grossesse, et que l'écoulement de sang est moindre qu'en dehors de la grossesse. — Pas d'influence sur l'enfant.

— *Effets utiles des lavements de vin d'Oporto dans un cas de métrorrhagie puerpérale*, par M. Llew. William (Brit. med. Journ., septembre, et Gazette hebdomadaire, p. 861).

— *Des hémorrhagies puerpérales utérines*, par M. Vernet (Thèses de Paris, nº 275).

— *Des hémorrhagies avant, pendant et après l'accouchement*, par M. Séjournet (Thèses de Paris, nº 32).

— *Hémorrhagie durant la grossesse*, par M. Duhamel (Gazette des hôpitaux, p. 276). — Exemples d'hémorrhagies abondantes pendant la grossesse, sans qu'il soit survenu un avortement ou des troubles dans la vie de l'enfant.

— *Des hémorrhagies utérines après l'accouchement*, par M. Lamy (Thèses de Paris, nº 260).

— *Injections intra-utérines contre la métrorrhagie, l'inertie de la matrice et la rétention du placenta*, par M. de Lignerolles (Gazette des hôpitaux, p. 15). — Efficacité de ces injections pratiquées plusieurs fois par l'auteur.

— *De l'hémorrhagie utérine puerpérale dans les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement*, par M. Churdin (Thèses de Paris, nº 95).

— *Des symptômes et du traitement des hémorrhagies utérines qui surviennent vers la fin de la grossesse, pendant le travail et après l'expulsion du fœtus*, par M. Guérin (Thèses de Paris, nº 134).

— *Rétention des règles par suite d'une imperforation de la matrice*, par M. Picard (Gazette des hôpitaux, p. 254). — Complication d'une imperforation de l'hymen. Incision de l'hymen; ponction d'une tumeur occupant la place du col, avec un trocart. — Etablissement des règles.

— *Hémorrhagie mortelle par le cordon ombilical*, par M. Géry (Gazette hebdomadaire, p. 371). — Le cordon avait été mal lié; la mort est arrivée cinq heures après la naissance.

— *Amputation spontanée chez le fœtus*, par M. Martin (Gazette hebdomadaire, p. 384). — Une observation sur laquelle l'auteur fait reposer sa théorie de l'amputation spontanée, qu'il regarde comme la suite d'une fracture intra-utérine.

— *Lésions traumatiques intra-utérines chez un fœtus*, par M. Behr (Henkes Zeitsch. et Gazette hebdomadaire, p. 597). — Une observation de collections sanguines du crâne, avec hypérémie et ramollissement du cerveau et adhérence de la dure-mère aux os.

— *Note sur un cas d'utérus double*, par M. Garrod (the New-

Orleans med. news et Archives générales de médecine, mars, p. 361). — Utérus et vagin doubles. — Ecoulement des règles, tantôt d'un côté, tant de l'autre. — Grossesse constatée dans la matrice gauche.

— *Fœtus monstrueux de la famille des pseudencéphaliens, appartenant au genre nosencéphale*, par M. Houel (Académie de médecine, 2 février).

— *Ectromélie hémilique*, par M. Fonssagrives (Académie des sciences, 19 juillet). — Le monstre dont il est question est âgé de douze jours ; à part sa monstruosité, il est vigoureux ; il appartient au genre hémimèle, de la classe des ectroméliens de Geoffroy Saint-Hilaire ; il offre un cas d'hémimélie complète. Les membres thoraciques sont réduits aux bras, et encore ceux-ci semblent-ils inachevés ; l'humérus se termine en fuseau au milieu des chairs, et son extrémité inférieure n'accuse aucune saillie qui représente les condyles ; le jeu de l'articulation scapulo-humérale est libre ; l'épaule et la clavicule ont leur conformation et leur développement normaux. Les membres inférieurs sont réduits à la cuisse, mais celle-ci est complète, et on sent parfaitement à travers les chairs les deux condyles du fémur.

— *Description d'un monstre hémicéphale*, par M. Klusemann (Monatsschr. für Geburtsk et Gazette hebdomadaire, p. 547).

— *Cas de monstruosité*, par M. Murray (Gazette médicale, p. 597).

— *Note sur un cas de monstruosité du genre peracéphale*, par M. Delacour (Gazette des hôpitaux, p. 483).

— *Placenta double pour un seul fœtus*, par M. Perroud (Gazette médicale de Lyon, nº 14).

— *Mémoire sur les adhérences du placenta ou des enveloppes à certaines parties du corps du fœtus*, par M. Houel (Gazette médicale de Paris, p. 32). — Les adhérences placentaires n'ont été observées que dans deux points de la surface du fœtus, et toujours avec issue des viscères : ces deux points de prédilection sont la voûte crânienne et la région abdominale. Ces adhérences, dont l'auteur rapporte quatre exemples, tiennent à la brièveté du cordon, notée dans deux cas, ou à une position vicieuse du fœtus; l'une et l'autre de ces causes déterminent la monstruosité, en produisant une déviation de la colonne vertébrale.

— *Hypertrophie de l'utérus avec adhérence excessive du placenta*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 47).

— *Adhérence anormale du placenta* (Gazette des hôpitaux, p. 257). — Leçon de M. Dubois.

— *Sur la rétention de parties de l'arrière-faix dans la matrice*, par M. Huter (Union médicale, p. 179). — L'auteur fait l'histoire de la rétention du placenta ; il pense, comme règle de traitement, qu'il faut toujours tâcher de débarrasser la matrice, à

quelque époque que l'on soit appelé, et ne s'arrêter que devant une impossibilité matérielle ou devant un état tellement grave que les manœuvres ne seraient plus favorables.

— *De la rétention du placenta*, par M. Felizet (Thèses de Paris, n° 176).

— *Entrelacement remarquable des cordons ombilicaux de jumeaux*, par M. Newman (Archives générales de médecine, novembre, p. 621, et Gazette des hôpitaux, p. 478). — Les deux cordons naissaient du même placenta ; celui de l'enfant qui est venu le premier faisait un nœud autour de l'autre ; le second enfant était cyanosé et mort, quoique bien développé. Les tractions exercées après la naissance du premier enfant sur le cordon avaient resserré le nœud et avaient causé les accidents.

— *De la procidence du cordon ombilical*, par M. Armengaud (Thèses de Paris, n° 74).

— *De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus*, par M. Poidevin (Thèses de Paris, n° 206).

— *Placenta d'une grossesse gémellaire*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 7). — Dans cette grossesse, un seul des germes s'est développé régulièrement et est né à terme, tandis que l'autre a succombé au bout de deux mois. Pas d'accidents.

— *De la placentite*, par M. de Montreuil (Thèses de Paris, n° 89).

— *Note sur l'iodure de potassium, employé comme antilaiteux*, par M. Rousset (Journal de médecine de Bordeaux). — M. Rousset arrête la sécrétion du lait, et prévient ainsi les engorgements et les abcès du sein, en donnant à ses malades 40 ou 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour. La sécrétion du lait revient très-bien si on ne donne l'iodure que pendant deux ou trois jours. On peut empêcher ou tout au moins modérer la montée du lait en l'administrant le premier ou le second jour des couches.

— *Note sur le rétablissement de la sécrétion du lait par l'électricité*, par M. Aubert (Mâcon, imprimerie Protat; in-8°, 6 pages).

— *Applications de la belladone comme antilaiteux*, par M. Trend (Gazette hebdomadaire, p. 661 ; Brit. med. Journ., 12 juin). — Bons effets obtenus avec les applications locales de la belladone, onctions et frictions sur les seins, pour prévenir ou dissiper les engorgements laiteux.

— *De l'allaitement*, par M. Amblard (Thèses de Paris, n° 268).

— *Du lait en général, sa digestion. — De l'allaitement. — Du sevrage. — Hygiène des nouveau-nés*, par M. Maurel (Thèses de Paris, n° 304).

— *Des diverses opérations obstétricales dans les cas de rétré-*

cissements considérables du bassin, par M. Rousseau-Pommeret (Thèses de Paris, n° 93).

— *Questions sur un cas spécial pouvant réclamer l'opération césarienne*, par M. Gubian (Gazette médicale de Lyon, p. 382).— Une femme est vouée à une mort certaine, portant dans son sein un enfant vivant et viable ; faut-il attendre qu'elle soit morte pour pratiquer l'opération qui peut sauver la vie à l'enfant, ou bien doit-on opérer, pour plus de certitude de conserver l'enfant, pendant que la mère est encore en vie ?

— *Note sur un moyen de remplacer le lait de la femme*, par M. Cumming (The amer. med. Monthly et Gazette hebdomadaire, p. 339). — Le lait de la femme contient 20,76 de beurre et 14,34 de caséine, tandis que celui de la vache a 38,59 de beurre et 40,75 de caséine. En ajoutant de l'eau au lait de la vache pour assimiler la quantité de caséine à la quantité du même principe contenue dans le lait de la femme, on diminue beaucoup trop la quantité du beurre et l'enfant en souffre. Pour éviter cet inconvénient, il suffit de laisser reposer le lait de vache pendant quatre ou cinq heures dans un vase approprié et d'en décanter le tiers supérieur. Celui-ci contient alors le beurre et la caséine dans le rapport de 100 à 70, qui est celui du lait de femme; il suffit d'y ajouter une proportion convenable d'eau et de sucre pour avoir un lait qui satisfasse aux conditions voulues.

— *De l'allaitement*, par M. Naudeau (Thèses de Paris, n° 2).

— *Bouts de sein plats et peu développés* (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 139). — Dans ces cas, il faut couvrir la peau qui entoure le mamelon dans un espace de 4 centimètres avec du collodion ; par cette compression, on fait saillir le mamelon.

— *Développement extraordinaire des mamelles chez une jeune fille*, par M. Dechambre (Gazette hebdomadaire, p. 757 et 807). — Mamelles dont le développement extraordinaire a forcé le chirurgien à faire l'amputation de la mamelle droite, qui était la plus volumineuse. Hypertrophie de la glande entière, lobules, tissu cellulaire, etc.

— *Hypertrophie extraordinaire des mamelles*, par M. Esterle (Gazette médicale, p. 678).

— *Note sur un cas de gynécomastie*, par M. Fonssagrives (Union médicale, p. 511). — Chez un homme de vingt et un ans, les seins sont développés comme ceux d'une femme pubère. Les organes génitaux, scrotum, testicules et verge, sont dans un état d'atrophie considérable.

— *Traité des maladies de la mamelle*, par M. Velpeau (Académie des sciences, 4 octobre). — M. Velpeau, en présentant la deuxième édition de son *Traité des maladies du sein*, entre dans quelques détails sur les affections cancéreuses ; il dit que le cancer vrai, bien caractérisé, abandonné à lui-même ou attaqué par

les seules ressources de la pharmacie ou de l'hygiène, ne guérit point, fait toujours mourir, tandis qu'on guérit radicalement et sans récidive un certain nombre de véritables cancers par l'opération soit au moyen du couteau, soit à l'aide des caustiques.

— *Des abcès parenchymateux du sein et de leur traitement*, par M. Bories (Thèses de Paris, n° 200).

— *Plaie contuse, produite chez un fœtus dans l'utérus*, par M. Lynch (Brit. med. Journ., juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 711).— Cette plaie avait été produite par une chute, faite par la mère quelque temps avant l'accouchement.

— *Opération césarienne*, par Miguel Linoja (la Chronica de los hospit., juin, et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 124). — Une femme, arrivée au terme de la grossesse, a une hémorrhagie abondante suivie d'un flux séreux, et n'accouche pas. L'abdomen conserve le volume qu'il a habituellement au cinquième ou sixième mois de la grossesse. Plusieurs mois s'écoulent; les médecins consultés diagnostiquent une tumeur fibreuse de l'utérus et prescrivent des pommades qui, appliquées sur l'abdomen, déterminent une escarre et plus tard une fistule entre les parois abdominales et la cavité utérine. Grâce à cette fistule, on reconnaît la présence dans l'utérus d'un fœtus putréfié, et on constate des adhérences entre la matrice et l'abdomen; c'est dans ces conditions assez étranges que fut pratiquée l'opération césarienne; — les détritus furent extraits, la cavité utérine vidée et lavée; — et la femme fut guérie.

— *Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant*, par M. Rupin (Revue médicale). — L'obstacle à l'accouchement était la présence de corps fibreux développés dans les parois utérines.

— *Opération césarienne*, par M. Terrier (Gazette des hôpitaux, p. 276). — Rapport sur un mémoire de M. Dambre, ayant pour titre : De l'opération césarienne et des conditions dans lesquelles il convient de la pratiquer.

— *Des accidents qui surviennent dans les grossesses gémellaires*, par M. Boucard (Thèses de Paris, n° 202).

— *Accouchement gémellaire. — Présentation simultanée d'un siége et d'une main, d'un coude et d'un talon. — Application du forceps sur le siége. — Version. — Double succès*, par M. Dunal (Revue thérapeutique du Midi, p. 298).

— *Grossesse gémellaire simulant la superfétation*, par M. Verardini (Gazette médicale de Lyon, p. 378). — Un fœtus de six mois; au même placenta était uni un petit œuf contenant un fœtus ramolli. La mère avait éprouvé une vive émotion morale au troisième mois de sa grossesse.

— *Cas de grossesse tubaire*, par M. Kusmaul (Gazette médicale, p. 649). — L'œuf s'était arrêté à l'extrémité de la trompe,

non loin de son insertion dans l'utérus, et s'y était développé. L'ovaire correspondant ne présentait pas de corps jaune ; on en trouvait sur l'ovaire de l'autre côté. L'auteur en conclut que l'œuf est descendu dans la matrice, a traversé cet organe et est allé se porter dans la trompe opposée.

— *Considérations sur les accouchements par la face*, par M. Decazis (Thèses de Paris, n° 160).

— *De la version du fœtus par manœuvres externes*, par M. Ducellier (Thèses de Paris, n° 201).

— *Cas d'amputation spontanée des doigts et section incomplète d'un bras. — Mécanisme de cette lésion observé sur un fœtus de sept mois*, par M. Legendre (Gazette médicale, p. 568).

— *Etude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse, et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement*, par M. Wieland (Thèses de Paris, n° 305). — Dans la première partie de son travail, M. Wieland étudie l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et présente l'état de la science sur ce sujet. Dans la deuxième partie, il consigne des recherches qui lui sont propres sur le retour de l'utérus à ses conditions normales après l'accouchement. Voici les résultats indiqués par M. Wieland : — L'utérus, qui s'élève à 20 ou 22 centimètres au-dessus du pubis au moment de l'accouchement, descend à 11 ou 12 aussitôt après l'expulsion des caillots qui suivent la sortie du placenta. Pendant les quelques heures qui suivent, il remonte à 13 ou 14 ; au deuxième jour, il y a diminution de 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 ; puis il y a un état stationnaire qui dure jusque vers la moitié du quatrième jour ; vers la fin de cette journée, la rétrocession recommence pour continuer d'une manière graduelle. — Le sixième jour, l'utérus s'élève encore à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis, et ce n'est que le dixième et quelquefois le onzième jour qu'il disparaît derrière la symphyse. Chez les multipares, le retrait est un peu plus lent, et l'utérus ne disparaît ainsi que le treizième jour à peu près. Cependant, dans quelques cas, le retrait de l'utérus derrière le pubis n'a lieu que le dix-huitième et même le vingt-deuxième jour sans qu'aucun accident soit survenu. — Jamais l'utérus n'était complétement revenu à son état primitif à la sixième semaine ni au deuxième mois, et, chez les femmes examinées, trois mois après on trouve encore une légère augmentation de volume. — Les changements du côté du col sont égalcment notés avec soin : à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accouchement, l'orifice supérieur du col se rétrécit et il devient plus difficile de l'atteindre, parce que la consistance du tissu utérin augmente en commençant par la partie supérieure. L'orifice inférieur reste ouvert jusqu'au douzième et quelquefois jusqu'au quinzième jour. C'est toujours à la partie inférieure que se termine le travail de réparation. — M. Wieland

étudie ensuite les modifications que les influences pathologiques peuvent imprimer à ce travail physiologique.

— *Présentation du bras droit dans deux accouchements successifs. — Version podalique dans les deux cas. — Premier enfant mort avant le travail. — Deuxième enfant vivant*, par M. Bougarel (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 35).

— *Diagnostic des présentations du vertex et position occipito-antérieure*, par M. Belluzi (Gazette médicale, p. 358). — L'auteur est arrivé, par un certain nombre d'observations, aux résultats suivants : 1° la tête du fœtus, lorsqu'elle s'approche du fond du bassin, dans les positions occipito-antérieures, correspond par sa fontanelle antérieure à l'un ou à l'autre côté du coccyx ; 2° quand la tête même arrive à toucher le fond du bassin et après avoir exécuté le mouvement de rotation intérieure, ladite fontanelle tombe précisément sur le sommet du coccyx.

— *Accouchement prématuré provoqué à cause d'une viciation du bassin*, par M. Balocchi (Gazette médicale, p. 780).

— *Considérations pratiques sur l'emploi de* l'uva ursi, *considéré spécialement comme agent obstétrical*, par M. de Beauvais (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 23). — Cet article contient l'historique de l'*uva ursi* et la relation de trois faits prouvant que l'*uva ursi* exerce une action heureuse, non-seulement dans les accouchements paresseux, ainsi que l'affirme Harris, mais de plus encore, dans la métrorrhagie compliquant le travail, et dans d'autres circonstances, où il peut remplacer l'ergot de seigle : c'est un tonique astringent, un excitant propre du système musculaire de la vie organique. On donne les feuilles de l'*uva ursi*, à la dose de 4 grammes par jour, à prendre 1 gramme toutes les deux heures, dans une infusion théiforme. Dans des cas urgents, il faut faire infuser 16 grammes dans un litre d'eau et rapprocher les doses.

— *Des soins à donner aux nouvelles accouchées*, par M. Thorey (Thèses de Paris, n° 257).

— *Des vices de conformation du bassin chez la femme, de leurs causes, de leur diagnostic et des indications qu'ils présentent à remplir*, par M. Décamps (Thèses de Paris, n° 309).

— *Des signes de la grossesse utérine simple*, par M. Boutatis (Thèses de Paris, n° 190).

— *Considérations sur l'accouchement naturel et sans douleur*, par M. Jeaucour (Thèses de Paris, n° 69).

— *De l'emploi de la saignée et des toniques dans la grossesse*, par M. Demoulins de Riols (Thèses de Paris, n° 68).

— *Rétroversion utérine pendant la grossesse*, par M. Chapplain (Gazette des hôpitaux, p. 227). — Une observation ; la matrice a été remise dans sa direction normale avec assez de facilité, dès que le chirurgien a pu donner à la malade une position con-

venable. Il faut que la malade soit sur les genoux, la tête aussi basse que possible, afin que les viscères abdominaux ne pressent pas sur l'utérus.

— *Renversement complet de la matrice au moment da la délivrance.* — *Réduction immédiate.* — *Guérison*, par M. Demeaux, (Moniteur des hôpitaux, p. 1227).

— *Observation de rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* — *Réduction*, par M. Pingault (Revue thérapeutique du Midi, p. 525).

— *De la constipation comme cause de la rétroversion de l'utérus dans la grossesse*, par M. Villeneuve (Journal de médecine de Bordeaux, avril). — L'auteur attribue à la constipation la plupart des rétroversions; avant de faire aucune tentative de réduction, il faut donner un purgatif; ce qui suffit le plus souvent pour faire disparaître la rétroversion.

— *Accouchement laborieux*, par M. Bergeret (Gazette des hôpitaux, p. 42). — Double obstacle produit par une stricture de l'utérus à sa partie moyenne et une exostose du bassin. Version pratiquée avec succès malgré d'excessives difficultés.

— *Antéversion utérine pendant l'accouchement*, par M. Sorbets (Gazette des hôpitaux, p. 283). — Il y avait en même temps rupture prématurée des membranes et ralentissement du travail. Le chirurgien a pu saisir le col de la matrice à l'aide de l'index et du médius fléchis de la main droite; pendant que le col éprouvait ce mouvement de bascule, repousser de la main gauche le corps de l'utérus de bas en haut, et attendre l'engagement de la tête après la dilatation complète; le seigle ergoté n'ayant pas suffi à l'expulsion du produit, il a fallu terminer l'accouchement par le forceps.

— *Hydropisie des villosités choriales*, par M. Duhamel (Gazette des hôpitaux, p. 283).

— *De l'hydropisie des vésicules choriales*, par M. Mattei (Gazette des hôpitaux, p. 335). — L'auteur fait l'histoire de cette affection en donnant un assez grand nombre d'indications bibliographiques.

— *Des polypes de l'urètre chez la femme*, par F. Henry (Thèses de Paris, nº 146).

— *Môle hydatiforme*, par M. Garnier (Bulletin de la Société anatomique, p. 129). — Une observation.

— *Des mouvements respiratoires de l'enfant dans l'utérus perceptibles par l'auscultation*, par M. Schultze (Gazette médicale, p. 808). — Accouchement avec procidence du cordon; l'auteur a entendu un bruit de gargouillement comparable à un gargouillement intestinal et qui coïncidait avec des mouvements que faisait la bouche. L'enfant est venu asphyxié.

— *Accouchement triple*, par M. Gasne (Gazette des hôpitaux,

p. 554). — Trois enfants vivants : les deux premiers, présentation céphalique ; le troisième s'est présenté par les pieds. — Pas d'accidents.

—*De la rétrocession du travail de l'accouchement*, par M. Charrier (Archives générales de médecine, janvier, p. 10). — Il est de règle de considérer l'accouchement comme très-prochain, lorsque le col est complétement effacé et son orifice dilaté, avec contractions utérines, tension des membranes et écoulement de glaires. M. Charrier a observé des cas qui prouvent que le travail commencé peut se suspendre, s'arrêter complétement, et la grossesse arriver jusqu'à son terme. — C'est à l'ensemble des phénomènes rétroactifs, constitué par la cessation des douleurs et la *reformation* du col, qu'il a donné le nom de *rétrocession du travail.* — Relation de quatre faits observés par l'auteur. — M. Charrier déclare n'avoir à donner aucune explication satisfaisante de ces phénomènes ; mais il donne un précepte de pratique très-important : c'est que, chaque fois qu'une femme aura perdu des glaires ou du liquide en quantité plus ou moins considérable, et qu'elle ne sera pas à terme, le médecin devra se conduire comme si l'accouchement pouvait être suspendu et prescrire le repos horizontal et les préparations opiacées.

— *Des accidents bilieux et inflammatoires qui compliquent les suites des couches.* — Etudes faites sur l'état puerpéral, à la clinique d'accouchements de Paris, pendant l'été 1858, par M. Prunières (Thèses de Paris, nº 261).

— *De l'influence de quelques maladies sur la grossesse*, par M. de Saint-Romes (Thèses de Paris, nº 224).

— *Quelques observations relatives à l'influence de la grossesse dans certaines maladies préexistantes*, par M. L. Adelon (Thèses de Paris, nº 162).

— *De la fréquence des décès résultant des grossesses et des suites de couches, et de l'influence des causes générales sur ces décès*, par M. Marc d'Espine (Gazette médicale, p. 287, et Union médicale, p. 197). — Statistique, de laquelle il résulte que, sur 91 décès, il y en a eu 48 par métrite ou fièvre puerpérale, 14 par hémorrhagies, 9 par phénomènes cérébraux, 5 par anasarque, 3 par pneumonie, 2 par gangrène du vagin, 1 par rupture de l'utérus, 1 par ascite développée après le travail, 2 cas de mort subite ou inexpliquée, 6 par accouchements laborieux. — L'auteur passe ensuite en revue l'influence des saisons, des années, etc.

— *Grossesse simulée*, par M. Artaud (Revue thérapeutique du Midi, p. 660).

— *Observation curieuse de grossesse dissimulée jusqu'au huitième mois*, par M. Saurel (Revue thérapeutique du Midi, p. 529).

— *Des grossesses tardives et des indications qu'elles présentent*,

par M. Silbert (Académie de médecine, 21 septembre). — L'auteur rapporte trois observations de grossesses tardives, desquelles il semble résulter que les grossesses tardives, loin de devoir leur cause à la faiblesse du fœtus, ainsi que cela est généralement admis, sont, au contraire, accompagnées, dans la très-grande majorité des cas, de son développement exagéré. Il en résulte que son expulsion devient pour lui et pour la mère une source de dangers, et c'est à ce point que, sur 21 cas de dystocie par excès de volume du fœtus recueillis par M. Jacquemier, 8 femmes seulement ont survécu. M. Silbert pense qu'en présence des faits, l'indication de l'accouchement prématuré artificiel est formelle. L'objection la plus sérieuse qu'on puisse faire à cette pratique, c'est l'incertitude de l'époque à laquelle il faut opérer ; mais l'accoucheur rencontrera toujours, dans les antécédents et dans l'examen des organes génitaux et des diverses fonctions, des éléments suffisants pour ne pas agir en aveugle.

— *Œuf abortif présentant les caractères d'un œuf au deuxième mois, expulsé de l'utérus neuf mois après la conception*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 366, 1857).

— *De l'action du galvanisme sur le tissu contractile de l'utérus gravide et de son usage dans la pratique obstétricale*, par M. Mackenzie (the Lancet, 6 mars, et Gazette hebdomadaire, p. 250). — Plusieurs expériences sur les animaux et plusieurs autres faits, desquels il résulte : 1° qu'un courant d'électricité soutenu et d'intensité modérée, passant à travers l'utérus gravide, exerce une remarquable influence, qui consiste à augmenter la tonicité et la contractilité des fibres musculaires de l'utérus ; 2° que cette augmentation de la tonicité et de la contractilité des fibres utérines, par le galvanisme, constitue un puissant moyen d'arrêter simultanément les pertes sanguines accidentelles ou causées par la présence du placenta sur le col, et d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin ; 3° qu'un tel courant continu peut être maintenu pendant une longue période de temps, quand il le faut, sans danger pour la mère et pour l'enfant.

— *Rupture incomplète de l'utérus, par une saillie osseuse anomale*, par M. Feiler (Monatschr. für Geb. et Archives générales de médecine, avril, p. 487).

— *Rupture de l'utérus. — Gastrotomie. — Succès*, par M. Bayne (the Amer. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 150).

— *Essai sur la physiologie et la pathologie de la ménopause*, par M. Rocque (Thèses de Paris, n° 149).

— *Bassin vicié*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 55). — L'auteur, à l'occasion de ce bassin, développe quelques considérations sur la mensuration digitale des bassins viciés ; il croit que la mensuration par le doigt du diamètre sa-

cro-sous-pubien n'est pas la seule chose à constater, et que le degré de courbure des os du pubis est aussi très-important à connaître.

— *Grossessse de huit mois. — Lésion des organes génitaux. —Ecoulement du liquide amniotique.—Régénération de celui-ci*, par M. Gibb (Revue étrangère, p. 188).

— *Inertie de l'utérus, emploi du forceps. — Rétention, adhérence et chatonnement du placenta. — Emploi de la grande eau en injections avec succès*, par M. Vullyamoz (Revue étrangère, p. 13).

— *De quelques moyens de réduction dans les cas d'enfoncement du crâne, chez les nouveau-nés*, par M. Kœberlé (Gazette des hôpitaux, p. 178, et Strasbourg, imprimerie Silbermann; in-8°, 8 pages, 1 planche). — Le moyen auquel M. Kœberlé donne la préférence est emprunté au principe de la ventouse. Il suffit, pour rendre la ventouse efficace, de rendre son rebord adaptable à toutes les surfaces, ce que l'on obtient aisément en y fixant un cercle ou une rondelle découpée dans une feuille de caoutchouc, et d'y faire le vide en aspirant l'air au moyen d'une forte seringue, ou, ce qui vaut mieux, avec une petite pompe pneumatique.

— *Incision de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement*, par M. Krifteller (Monatsc. für Geburtsk. et Revue étrangère, p. 110).

— *Deux cas de mort apparente, survenus dans des accouchements fort différents par la présentation et la durée. — Mères et enfants sauvés*, par M. Saurel (Revue thérapeutique du Midi, p. 325, et J.-B. Baillière; in-8°, 12 pages).

— *Cas singulier d'accouchement dans lequel le cordon d'un des enfants était entouré par un nœud du cordon de l'autre enfant*, par M. W. Neumann (Edinb. med. Journ. et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 125). — Les deux enfants étaient à terme et de même force; le premier était vivant et bien portant; le second mort et livide; l'auteur en conclut que la vie intra-utérine n'avait pas été troublée et que la constriction, par conséquent, n'est devenue forte et fâcheuse que dans les tractions opérées sur le cordon après la venue du premier enfant.

— *Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes*, par M. le docteur Ancelet (le Progrès, t. II, p. 547). — M. Ancelet rapporte quatre observations de ces végétations; il conseille de s'abstenir de la cautérisation au moyen des acides, et d'employer plutôt un topique composé à parties égales de sabine, d'alun et de peroxyde de fer.

— *Sur le prurit vulvaire, sur celui de la grossesse en particulier.*— Son traitement arsenical suivi de considérations générales

de thérapeutique, par M. Imbert-Gourbeyre (Moniteur des hôpitaux, p. 507).

— *Considérations sur la suppression des lochies*, par M. Ronzier-Joly (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 356). — L'auteur préconise la millefeuille comme un excellent moyen de rappeler les lochies.

— *Vomissements des femmes enceintes guéris par l'hydrothérapie*, par M. le docteur Dezon (le Progrès, t. Ier, p. 225). — L'auteur cite trois cas de guérison par cette méthode de traitement.

— *Observations à l'appui des bons effets de la pepsine dans le traitement des vomissements même opiniâtres de la grossesse*, par M. Gros (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 97). — 1 gramme de poudre de pepsine à chaque repas. Bons effets.

— *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme ou hématocèles périutérines*, par M. Baudelot (Thèses de Paris, n° 98).

— *De la leucorrhée*, par M. Sanson (Thèses de Paris, n° 147).

— *Du diagnostic différentiel des écoulements génito-urinaires chez la femme*, par M. Leduc (Thèses de Paris, n° 296).

— *De la dysménorrhée et des troubles qui s'y rattachent, observés à Rouen*, par M. Ch. Tinel (Thèses de Paris, n° 193).

— *De la dysménorrhée*, par M. Becquerel (Gazette des hôpitaux, p. 125). — Leçon classique.

— *Considérations sur l'hygiène des femmes enceintes*, par M. Gast (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Treize années de pratique à la Maternité de Poitiers*, par M. Bonnet (Poitiers, imprimerie Oudin; in-8°, 128 pages).

— *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, par M. Cazeaux (6e édition; Paris, Chamerot; in-8°, XIV-1024 pages).

— *Hémorrhagie placentaire*, par M. Charrier (Bulletin de la Société anatomique, p. 330). — Mort de l'enfant; le placenta contenait un caillot immense; quinze jours avant l'accouchement, la femme avait eu les signes d'une hémorrhagie interne.

— *Fracture du crâne chez un nouveau-né*, par M. Danyau (Gazette des hôpitaux, p. 4). — Exemple d'une fracture produite pendant l'accouchement par la pression de l'angle sacro-vertébral.

— *Fracture du crâne produite par le forceps*, par M. Voillemier (Gazette des hôpitaux, p. 11). — Cas analogue au précédent, sauf la cause fracturante.

— *Des fractures des os du crâne chez les enfants nouveau-nés*, par M. Jayet (Thèses de Paris, n° 295).

— *Sur la thrombose des sinus cérébraux chez les enfants*, par M. Gerhardt (Gazette médicale, p. 808). — L'auteur décrit les phénomènes observés pendant la vie : diarrhée abondante et con-

gestion cérébrale avec accidents du côté du cerveau. A l'autopsie, les sinus cérébraux contenaient du sang et des caillots durs et adhérents.

— *Trismus chez un nouveau-né guéri par l'essence de térébenthine*, par M. Byrd (Charlest. med. Journ., 1857, et Gazette hebdomadaire, p. 743). — Cinq gouttes toutes les deux heures dans une cuillerée à thé de décoction de graine de lin.

— *Des accidents de la première dentition*, par M. Hannard (Thèses de Paris, n° 109).

— *De la première dentition et de ses accidents*, par M. Blandin (Thèses de Paris, n° 119).

— *De la diarrhée dans la première enfance*, par M. Dubois (Thèses de Paris, n° 300).

— *De l'entérite cholériforme survenant chez l'enfant nouveau-né dans les quinze premiers jours de la naissance*, par M. Ricordeau (Thèses de Paris, n° 244).

— *Des causes et du traitement de la diarrhée chez les enfants*, par M. Lhuillier (Thèses de Paris, n° 303).

— *De l'ictère chez les nouveau-nés*, par M. Moreau (Thèses de Paris, n° 163).

— *De la diarrhée chez les enfants du premier âge*, par M. Paris (Gazette des hôpitaux, p. 239). — Le but de cet article est de dire qu'il y a certaines diarrhées, arrivant au moment de la dentition, qu'il faut respecter.

— *De la tuméfaction de la glande thymus, considérée comme cause réelle ou supposée de la mort subite chez les enfants*, par M. William Pretty (Medic. Times et Revue étrangère, p. 26).

— *Note sur l'existence d'un ronchus bronchique infantile, sympathique de la dentition*, par M. Semanas (Gazette médicale de Lyon, p. 413). — L'auteur a observé que, parmi les enfants âgés de quelques mois à deux ans et demi ou trois ans, et chez qui le travail de la dentition est manifestement en cause, il est fréquent de rencontrer des sujets qui, loin de présenter le flux diarrhéiforme, dit sympathique du travail dentaire, sont, au contraire constipés, et offrent en même temps une hypersécrétion catarrhéiforme de la muqueuse bronchique d'abondance variable, se traduisant par un ronchus caractéristique.

— *Sur quelques cas de tubercules de l'encéphale chez les enfants*, par M. Kœchlin (Thèses de Paris, n° 41).

— *Sclérème des nouveau-nés*, par M. Legroux (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 513). — Nouveaux faits pour prouver l'efficacité du massage dans le traitement du sclérème des enfants nouveau-nés.

— *Enfant de sept mois empoisonné par le laudanum. — Utilité de l'excitation douloureuse de la peau pour combattre l'état*

comateux. — *Guérison*, par M. O'Rorke (Gazette des hôpitaux, p. 83).

— *Mort prompte survenue chez un jeune sujet*, par M. Duhamel (Gazette des hôpitaux, p. 600). — La mort ne peut être attribuée à une cause appréciable; urémie.

— *De l'emploi du sucre dans la médecine des enfants*, par Behrend et Sieber (Gazette médicale, p. 520). — Par des considérations chimiques, les auteurs veulent faire valoir l'utilité d'un traitement par le sucre, dans les catarrhes intestinaux et dans d'autres maladies de l'enfance.

— *Sur la fièvre intermittente des enfants*, par M. Avrard (Gazette des hôpitaux, p. 277). — L'auteur cite deux observations pour prouver que les accès pernicieux peuvent affecter les enfants en bas âge.

— *Du sevrage et de ses rapports avec le choléra infantile*, par M. Trousseau (Gazette des hôpitaux, p. 110). — Leçon sur les troubles intestinaux qui sont sous l'influence de la dentition; pour sevrer un enfant, il ne faut pas consulter un almanach, mais bien ses forces et le nombre de ses dents. Le sevrage prématuré produit souvent le choléra infantile.

— *Des épanchements urineux chez les enfants*, par M. Forster (Union médicale, p. 271). — La cause de ces épanchements serait toujours un calcul arrêté dans l'urètre. — Ulcération de la muqueuse et infiltration. Le traitement doit être dirigé contre le calcul, dès que sa présence est indiquée par la rétention d'urine.

— *De la température dans quelques états pathologiques de l'enfance*, par M. F. Moreau (Thèses de Paris, nº 23).

— *Quelques observations sur les nouveau-nés*, par M. Ch. Letourneau (Thèses de Paris, nº 35).

— *Soins hygiéniques à donner à l'enfant depuis sa naissance jusqu'au sevrage*, par M. Chancerel (Thèses de Paris, nº 189).

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE.

— *De la dose purgative de l'huile de ricin*, par M. Azario (Gazette médicale de Lyon, p. 488). — Ce purgatif agit mieux à la dose de 15 grammes que lorsqu'il est administré à des doses de 40 et 50 grammes.

— *De quelques produits des euphorbiacées et en particulier de l'huile d'aleurites triloba comme purgatif*, par M. O'Rorke (Aca-

démie de médecine, 25 mai). — La conclusion de ce travail est que, malgré notre richesse en purgatifs, l'huile d'aleurites paraît répondre à certains besoins de la thérapeutique, puisqu'elle est purgative sans être émétique, et bien plus active que les huiles grasses simples, qui exigent de 80 à 200 grammes pour déterminer un effet laxatif infidèle.

— *Recherches sur quelques substances purgatives de la famille des convolvulacées*, par M. Bucheim (Arch. für phys. Heilkunde et Gazette hebdomadaire, p. 374).

— *Etudes cliniques sur le perchlorure de fer. — Action thérapeutique dans les affections des membranes muqueuses*, par M. Deleau (Moniteur des hôpitaux, p. 170). — M. Deleau, avec la ténacité que donnent une conviction profonde et des expériences nombreuses, poursuivant ses études sur le perchlorure de fer, cite plusieurs observations d'inflammations chroniques et d'hypersécrétions des membranes muqueuses ; ces affections ont été heureusement modifiées par le perchlorure de fer à l'intérieur.

— *Emploi du perchlorure de fer à l'intérieur*, par M. Deleau (Gazette des hôpitaux, p. 378). — Plusieurs observations de guérison de maladies diverses par le perchlorure de fer.

— *Essai sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer*, par M. Guérin (Thèses de Paris, n° 214).

— *Applications diverses du perchlorure de fer à l'intérieur*, par M. Ekel-Biffardoy (Gazette des hôpitaux, p. 451). — L'auteur a employé ce médicament comme martial, et en obtient tous les résultats de la médication ferrugineuse, dans les chloroses, etc.

— *Perchlorure de fer à l'intérieur dans les hémorrhagies*, par M. Méran (Gazette des hôpitaux, p. 389). — Plusieurs observations montrant l'efficacité du perchlorure de fer dans diverses hémorrhagies, et en particulier dans les cas d'hémorrhagies utérines.

— *Du perchlorure de fer et de ses usages en thérapeutique*, par M. Chailloux (Thèses de Paris, n° 271).

— *Hémorrhagies combattues par le perchlorure de fer à l'intérieur*, par M. Vigla (Journal de pharmacie, janvier). — M. Vigla, après avoir cité les travaux de M. Deleau, rapporte des cas de succès obtenus par le perchlorure de fer (sesquichlorure de fer : de 50 centigrammes à 1 gramme pour eau distillée, 250 grammes). Hémorrhagies intestinales dans des fièvres typhoïdes, etc.

— *De quelques effets thérapeutiques du perchorure de fer*, par M. Demarquay (Gazette des hôpitaux, p. 553). — Deux succès : l'un dans une hémorrhagie intestinale inquiétante ; l'autre dans une hémorrhagie à la suite d'ouverture d'abcès.

— *Usage interne du perchlorure de fer dans l'urétrite*, par M. Barudel (Gazette des hôpitaux, p. 451). — L'auteur a employé avec succès, dans les urétrites, une potion contenant 20 gouttes

de perchlorure de fer. Il fait aussi des injections dans l'urètre avec de l'iodure de plomb (10 grammes pour 100 grammes d'eau), à l'état aigu, et avec le perchlorure de fer (25 gouttes pour 100 grammes d'eau), à l'état chronique.

— *Sirop de perchlorure de fer*, par M. Burin-Dubuisson (Gazette médicale de Lyon, p. 198). — L'auteur propose un sirop de perchlorure de fer, contenant 40 grammes de ce sel à 30 degrés, pour sirop de sucre blanc, 960 grammes. Il ne faut pas oublier, dans les prescriptions, que le perchlorure de fer est incompatible avec toutes les substances tannantes et astringentes, albumineuses, mucilagineuses et gommeuses.

— *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des ulcères variqueux*, par M. A. Silvestre (Thèses de Paris, nº 49).

— *Fer réduit par le charbon. — Expériences cliniques*, par M. Henry (Gazette médicale de Strasbourg, septembre). — C'est un mélange intime de fer métallique et de charbon, obtenu par la calcination d'un sel organique de fer, le pyrolignite de fer ; on le donne à la dose de 10 à 15 centigrammes, trois fois par jour. Effets d'une bonne préparation ferrugineuse.

— *De l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer*, par M. Robiquet (rapport de M. Boudet) (Académie de médecine, 13 juillet). — Voir, pour le travail original, l'*Annuaire*, t. Ier, p. 347. La commission estime : 1º Que le mérite d'avoir découvert dans le pyrophosphate de soude un dissolvant du phosphate de fer appartient à M. Persoz ; — 2º que M. Robiquet a montré, le premier, que le citrate d'ammoniaque dissout parfaitement le pyrophosphate de fer, et forme ainsi une combinaison dans laquelle les propriétés caractéristiques de la base sont dissimulées. En même temps il a ajouté un nouveau composé à la classe des médicaments ferrugineux.

— *Note sur quelques cas de chlorose et de phthisie commençante traités par le pyrophosphate de fer et de soude*, par M. Tampier (Moniteur des hôpitaux, p. 1028).

— *De l'emploi de l'iodure de fer dans les ulcères scrofuleux, la chloro-anémie, la dysménorrhée et l'aménorrhée*, par M. Tampier (Moniteur des hôpitaux, p. 669). — Efficacité de ce médicament dans les cas indiqués.

— *Sur l'acétate de fer neutre*, par M. Wilhem Amtz (Gazette médicale, p. 471). — Ce fer est un excellent tonique, que les estomacs les plus faibles supportent facilement. — Il est soluble dans l'eau et le vin ; l'auteur l'emploie sous forme de dissolution dans le vin de Madère (1 gramme pour 50 grammes de vin), à prendre par cuillerées à café trois ou quatre fois par jour.

— *Note sur la salsepareille indigène* (*smilax aspera*, Linn.), par M. Serres (Paris, imprimerie Pillet ; in-8º, 7 pages). —

M. Serres dit que la salsepareille d'Amérique ne peut offrir au médecin aucune garantie sérieuse, parce qu'elle nous arrive sèche et plus ou moins sophistiquée. Il vaut mieux employer le *smilax aspera*, dont l'identité avec la salsepareille d'Amérique a été démontrée. Cette plante est indigène, elle croît en abondance sur les côtes de la Méditerranée ; on peut l'employer fraîche ou tout au moins dans un état de conservation parfaite. — M. Serres a fait plusieurs préparations avec la salsepareille indigène.

— *Considérations sur les salsepareilles en général, et sur la salsepareille d'Europe en particulier*, par M. Mouchon (Lyon, imprimerie Chanoine ; in-8°, 12 pages).

— *Effets thérapeutiques de la pommade de manganèse*, par M. Hoppe (Journal de pharmacie, février). — L'auteur emploie cette pommade comme résolutive dans les engorgements glandulaires anciens, et dans les cas de roideur persistant après la guérison des affections articulaires. — 4 grammes d'oxydule de manganèse pour 30 grammes d'axonge.

— *Considérations sur les inhalations d'acide carbonique et sur la pharyngite granuleuse*, par M. Wilemin (Union médicale, p. 329). — L'auteur, après quelques considérations sur l'action de l'acide carbonique, dit qu'il a obtenu de bons résultats des inhalations de ce gaz, mêlé à l'air, contre les inflammations chroniques avec atonie de la muqueuse, sécrétion exagérée, et dans les névroses des organes respiratoires, excepté chez les phthisiques.

— *Sur l'emploi thérapeutique de l'inhalation des vapeurs de l'ammoniaque*, par M. Gieseler (Gazette médicale de Strasbourg, février, et Gazette hebdomadaire, p. 629). — L'auteur recommande les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque dans tous les cas d'inflammation chronique des muqueuses de l'appareil respiratoire et de l'œil.

— *Sur les effets physiologiques et thérapeutiques du chlorate de potasse*, par M. Bufalini (Il Morgagni, p. 525, et Gazette hebdomadaire, p. 582). — L'auteur a fait plusieurs expériences desquelles il conclut que le chlorate de potasse a une action élective sur les glandes salivaires et sur la muqueuse buccale ; que cette action consiste en une irritation passagère; que c'est par cet effet physiologique que se produit l'effet thérapeutique ; que, par suite, le chlorate de potasse agit par irritation substitutive.

— *De l'action thérapeutique du chlorate de potasse*, par M. Milon (Thèses de Paris, n° 267).

— *De l'antagonisme de l'opium et du sulfate de quinine*, par M. Gubler (Union médicale, p. 236). — 1° A l'inverse de l'opium qui exalte les actions organiques (congestion sanguine et caloricité), le sulfate de quinine agit sur le système nerveux en y condensant les forces, de telle sorte qu'il enchaîne les actions orga-

niques, sources de dépenses, et réduit autant que possible l'appel fluxionnaire sanguin dans les parties phlogosées. — 2° Ce mode d'action étant admis, on s'explique parfaitement l'innocuité du sulfate de quinine dans les accidents cérébraux du rhumatisme, accidents dont les récentes observations tendent déjà à l'exonérer. — 3° Bien plus, l'emploi du sel quinique est indiqué dans toutes les formes inflammatoires du rhumatisme cérébral; l'opium ne convenant que dans les troubles purement nerveux, exempts même de complication fébrile. — 4° Le sulfate de quinine et l'opium, ayant une action antagonistique, ne doivent pas être administrés simultanément. — 5° Ces deux agents peuvent servir d'antidote, l'un par rapport à l'autre.

— *De l'emploi simultané de l'opium et de la belladone, et de l'effet de ces deux substances l'une sur l'autre*, par M. Benj. Bell (Edinb. med. Journ. et Revue étrangère médico-chirurgicale, p. 121). — L'auteur, se basant sur quelques faits déjà connus, a été amené à faire des expériences, pour prouver que la morphine est l'antidote de l'atropine et *vice versa;* il avoue lui-même que les expériences qu'il a faites sur des chats et des lapins ne sont pas concluantes; mais dans deux cas, sur un homme et sur une femme, il a fait cesser les symptômes alarmants d'un empoisonnement par la morphine en administrant de l'atropine. La morphine en solution avait été injectée sur le trajet des nerfs pour faire cesser des névralgies; c'est aussi par injection que l'atropine a été employée.

— *Etude sur l'action de la belladone*, par M. Bercioux (Gazette hebdomadaire, p. 436). — M. Bercioux traite des évacuations involontaires chez les enfants; il veut démontrer: 1° que les différentes formes de l'incontinence des enfants ne reconnaissent pas des causes diverses auxquelles répondent des médications opposées, mais elles sont toutes sous la dépendance d'une cause unique, l'atonie musculaire, que celle-ci soit locale ou symptomatique d'une faiblesse générale. — 2° L'efficacité de la belladone dans ces circonstances n'est pas un argument en faveur de l'opinion contraire, car cette solanée a sur la vessie une action excitante et non stupéfiante, comme on l'admet généralement. — Pour arriver à ces conclusions, après une étude clinique du développement et de la marche de la maladie, après une critique rapide des diverses médications qui ont paru avantageuses, il recherche, pour en déterminer la signification, les phénomènes qui s'observent vers les différents organes, et principalement la vessie et le rectum, soit dans les empoisonnements par la belladone, soit quand cette substance est administrée dans un but thérapeutique. — 3° Enfin il est conduit par ces dernières considérations à des idées sur l'action de la belladone bien différentes de celles qui règnent dans la science; il fait voir, comme consé-

quence, que son domaine thérapeutique est certainement destiné à s'étendre, et que c'est précisément dans des circonstances où on la croyait contre-indiquée, que son usage est appelé à rendre quelques services.

— *Sur les applications de la méthode anésthésique à la thérapeutique médicale*, par M. Saurel (Revue thérapeutique du Midi, p. 477).

— *Action médicale de la lupuline*, par M. Jauncey (Gazette des hôpitaux, p. 374). — Elle contient deux principes distincts et différents; l'un des deux (l'huile essentielle) est simplement sédatif et anodin; l'autre, qui est probablement l'humuline, n'exerce qu'une action tonique sur le tube digestif. La lupuline peut être donnée à haute dose (10 grains ou 0,65), chaque demi-heure, sans produire d'effet toxique. — Son principal avantage sur les autres anodins, c'est que, dans les affections qu'elle soulage, elle augmente plutôt qu'elle ne diminue la puissance digestive. Ses effets sont variables selon les individus : les uns ont besoin de doses plus fortes ou plus fréquentes pour arriver au même résultat; chez quelques sujets, elle semble perdre, après une administration prolongée, son action et son influence... — La teinture employée est dans la proportion de 55 grammes pour 250 grammes d'alcool rectifié. La dose ordinaire est de 3 à 4 grammes.

— *Résultats cliniques de l'emploi de l'esculine, nouvelle substance antipériodique*, par M. Monvenoux (Gazette médicale de Lyon, p. 417). — Article ayant pour but de démontrer que l'esculine, à la dose de 2 grammes délayés dans de l'eau, est un bon antipériodique, guérissant certaines névralgies, même dans les cas où le sulfate de quinine a échoué.

— *Sur l'usage externe du camphre*, par M. Humbourg (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1857).

— *Procédé pour le dosage de la quinine dans les quinquinas*, par M. Guillermond (Gazette médicale de Lyon, p. 419). — L'auteur, après avoir indiqué plusieurs procédés, s'arrête au suivant: un mélange quino-calcaire, soit 10 grammes de quina et 10 grammes de chaux, est desséché après avoir été humecté avec une petite quantité d'eau et introduit dans un tube ou allonge fermée à chacune de ses extrémités avec un bouchon de liége; puis 1 décilitre d'éther rectifié est versé sur la poudre, et celle-ci est soumise à l'action de ce dissolvant pendant un quart d'heure; au bout de ce temps toute la quinine est entrée en dissolution, et on n'a plus qu'à soutirer une certaine quantité de cet éther, un dixième ou un cinquième, opération qui s'effectue en vases clos au moyen d'un robinet muni d'un appareil de filtrage particulier. La quinine qui se trouve en dissolution dans l'éther, et qui représente exactement un cinquième ou un dixième de celle contenue dans les 10 grammes de quina, est dosée par la voie indi-

recte à l'aide de liqueurs titrées, acide sulfurique dilué et eau ammoniacale, qui se neutralisent volume à volume. Connaissant la quantité de quinine qui correspond à l'acide employé, il est facile, quand la liqueur éthérée a été mélangée à l'eau acide, de connaître combien de centimètres cubes de l'eau ammoniacale ont été remplacés par la quinine pour saturer l'acide et partant la quantité de quinine. Sachant la quantité de quinine contenue dans 10 grammes d'écorces, il est facile par le calcul de connaître celle que contient le kilogramme.

— *De l'écorce de caïl-cédra du Sénégal*, par M. E. Caventon (Moniteur des hôpitaux, p. 52). — L'auteur insiste sur la possibilité de son emploi comme fébrifuge dans l'art de guérir ; mais le principe amer contenu dans l'écorce du caïl-cédra est en si minime quantité, qu'il vaudrait mieux employer l'extrait aqueux d'écorce ou différentes préparations alcooliques.

— *Deuxième lettre sur l'action et les usages thérapeutiques du sulfate double de morphine et strychnine*, par M. Luppi (Gazette médicale, p. 804). — L'auteur établit que ce sel est très-utile dans certaines maladies, en particulier dans quelques affections du système lymphatique ; mais ce n'est nullement un spécifique.

— *Antihémorrhagique. — Chardon Marie*, par M. Lobach (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 36). — L'auteur cite des expériences cliniques pour établir l'action antihémorrhagique des semences de chardon Marie et de chardon bénit (décoction de 15 grammes pour 250 grammes d'eau).

— *Propriétés ténifuges des semences de citrouilles*, par M. de Gusmao (Gaz. med. de Lisboa, juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 711). — Deux onces de la poudre des semences, réduite en pâte, avec une once de sucre. En administrant de l'huile de ricin, quelques heures plus tard, le ténia est expulsé. — Deux succès par ce moyen.

— *Usages des appareils obtenus avec les fécules*, par M. Boucaud (Thèses de Paris, n° 108).

— *De l'emploi du collodion comme moyen de réunion*, par M. Goyrand (Gazette des hôpitaux, p. 548). — M. Goyrand emploie beaucoup le collodion pour réunir des plaies ; il s'en trouve très-bien.

— *De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine et de l'opium à hautes doses, dans le traitement des accidents puerpéraux graves*, par M. Bonfils (Bulletin de thérapeutique, p. 433). — M. Trousseau a employé avec succès, contre les affections puerpérales, la méthode de Graves, qu'il formule ainsi : L'opium est prescrit en pilules de 1 centigramme ; les malades en prennent 5, puis 8, et enfin 10 ; l'huile essentielle de térébenthine est administrée en lavements, à la dose de 10 grammes en deux lavements, un le matin, le second le soir ; on augmente progressive-

ment cette quantité. Durée du traitement, douze à quinze jours. L'huile essentielle de térébenthine peut aussi être prescrite en capsules contenant 1 gramme de substance, à donner deux le matin, deux à midi et deux le soir.

— *De l'emploi de nouvelles formules iodiques comme succédanées de l'huile de foie de morue*, par M. Leriche (Union médicale, p. 470). — L'auteur, dans ses formules, a toujours eu en vue d'unir l'iode à une matière organique qui le rendît plus assimilable, et se rapprochât le plus possible des combinaisons de la nature.

— *Des différents modes d'action de l'iode employé comme topique et en particulier de son action irritante*, par M. Jousset (Gazette médicale, p. 690). — L'iode, appliqué en nature sur les tissus, est caustique et produit des escarres ; à dose moins concentrée, en teinture, par exemple, il détermine une inflammation qui, à la peau, peut aller jusqu'à la vésication ; à dose très-faible, il perd ses propriétés irritantes, est absorbé plus facilement et n'est plus qu'un altérant.

— *Iodo-chlorure mercureux*, par M. Duchesne-Duparc (Gazette des hôpitaux, p. 290). — L'auteur ne croit pas que ce soit un spécifique ; il ne croit guère aux poussées, à la dépuration ; il considère ce médicament comme étant très-actif et pouvant être employé avec avantage contre certaines affections de la peau.

— *Leçons sur les effets de la médication mercurielle*, par M. Headland (Union médicale, p. 239). — L'auteur développe les propositions suivantes : 1° le mercure agit comme antiphlogistique en décomposant la fibrine du sang ; 2° il agit dans la syphilis et plusieurs autres maladies en éliminant de l'économie le principe morbifique ; 3° dans certaines maladies, le mercure agit en augmentant les sécrétions naturelles.

— *Note sur un mode facile d'administration du deuto-acétate de cuivre à l'intérieur*, par M. Lafargue (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 168). — Formule : Deuto-acétate de cuivre cristallisé, 10 centigrammes ; eau distillée, 20 cuillerées à bouche ; à prendre une cuillerée à bouche matin et soir, une heure au moins avant les repas. — Cette médication est utile principalement dans les démangeaisons cutanées.

— *Note sur l'emploi thérapeutique du bichlorure de mercure, dissous dans l'huile d'amandes douces*, par M. Rollet (Gazette médicale de Lyon, p. 63). — Préparation faite par M. Vézu ; le bichlorure se trouve dans l'huile à la dose proportionnelle où il se trouve dans la liqueur de Van Swiéten. M. Rollet dit que cette préparation, produisant d'une manière active les effets du bichlorure de mercure, est plus facilement supportée et plus agréable à prendre.

— *Note sur les lavements de tabac*, par M. Serres (Moniteur

des hôpitaux, p. 10). — M. Serres fait observer que les lavements de tabac ne donnent pas toujours les mêmes resultats, à cause des quantités très-différentes de nicotine contenue dans les diverses espèces de tabac. Il propose de substituer le scaferlari, dit tabac de caporal, aux feuilles sèches conseillées par les formulaires, parce que nos manufactures se préoccupent de lui donner toujours la même force, par des mélanges calculés sur les données de l'analyse. — Il vaut mieux faire la préparation par infusion que par décoction.

— *Des effets physiologiques déterminés par les bains de moutarde*, par M. Bonfils (Bulletin de thérapeutique, LV, p. 24). — L'auteur décrit des phénomènes observés par M. Trousseau sur les malades plongés dans des bains de moutarde. Avant les phénomènes de sinapisation généralement connus, les malades éprouvent des phénomènes d'algidité convulsifs : frissons, tremblements de tous les membres, etc., etc., la peau restant à la température du bain.

— *De la glycérine dans les affections hypérestésiques de la peau et le pansement des plaies*, par M. Paupert (Moniteur des hôpitaux, p. 617). — Note retraçant les succès obtenus dans la pratique de M. Demarquay.

— *Etudes pratiques sur l'électricité appliquée à la médecine*, par M. Passaquay (Gazette médicale de Lyon, p. 284). — Expériences et observations se rapportant surtout à des paraplégies et paralysies traumatiques des nerfs mixtes ; plusieurs guérisons.

— *Sur le sparadrap au minium brûlé, employé par M. Colson*, par M. Guilbert (Gazette hebdomadaire, p. 333). — L'auteur préconise un sparadrap qui ne produit jamais d'érysipèle, ni d'érythème, ni d'irritation. Il est préparé avec l'emplâtre suivant : Huile d'olive, 500 grammes ; minium, 250 grammes ; cire jaune, 185 grammes.

— *Bains de sable en Orient*, par M. Landerer (Gazette des hôpitaux, p. 367). — Usage fréquent de ces bains dans les maladies de la peau, dans l'hépatite, etc.

— *Revue pharmaceutique de* 1857, *supplément à l'officine pour* 1858. — *Pharmacotechnie, chimie, physiologie, etc.*, par M. Dorvault (Paris, Labé ; in-8°, 80 pages).

— *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes*, par M. Cazin (2e édition ; Paris, Labé ; in-8°, xvi-1076 pages, un atlas de 4 pages, et 40 planches litographiées).

— *Innocuité des bains locaux et des lotions arsenicales chez l'homme*, par M. Cagnat (Gazette des hôpitaux, p. 332). — Quatre grammes d'acide arsenieux pour un litre d'eau ; tel est le liquide dont s'est servi l'auteur avec avantage et sans danger.

— *Action de l'acétate d'alumine dans diverses maladies*, par M. Burow (Gazette médicale, p. 472). — A l'intérieur, c'est un

astringent ; en applications locales, c'est un désinfectant excellent; en injections, il conserve très-bien les cadavres.

— *Modification apportée à la confection des moxas*, par M. Cramer (Echo médical suisse et Gazette hebdomadaire, p. 597). — Ces moxas sont faits avec de la ouate, fortement serrée par des fils de coton ; les deux extrémités sont imbibées de collodion.

— *De l'air comprimé comme agent thérapeutique*, par M. Bottini (Gazette médicale, p. 781). — Plusieurs guérisons, surtout dans des maladies de poitrine, sont attribuées à l'action de l'air comprimé.

EAUX MINÉRALES.

— *Eaux minérales de Bondonneau*, par M. Grasset (Académie des sciences, 25 janvier). — L'auteur ne traite dans ce mémoire que de l'emploi de ces eaux à l'intérieur, donnant un certain nombre d'observations recueillies tant à l'hôpital de Montélimart que dans sa pratique en ville. Ces observations ont rapport à des affections que l'auteur caractérise ainsi : phthisie laryngée, pleuro-pneumonie chronique, bronchite chronique, tumeur blanche, adénite scrofuleuse, fièvre intermittente rebelle. — M. Grasset ajoute qu'à Lyon l'eau minérale de Bondonneau est largement employée à l'Hôtel-Dieu et à l'Antiquaille, et qu'elle l'est également dans la pratique civile, par les médecins les plus connus de cette ville, qui l'emploient avec succès dans les cas nombreux où l'iode, le brome, le soufre et le fer sont indiqués.

— *Eaux minérales de Chambon* (*Puy-de-Dôme*), rapport de M. O. Henry (Académie de médecine, 1er juin). — Cette eau appartient à la classe des eaux bicarbonatées, sodiques et calcaires, assez communes dans le département. M. le rapporteur propose d'autoriser l'exploitation à titre de *simple buvette*.

— *Notice sur la poussée et les principaux effets thérapeutiques des bains de Louêche*, par M. Marc d'Espine (Gazette médicale, p. 387). — L'auteur décrit l'éruption, qu'on appelle *poussée ;* il l'attribue à la saturation de la peau par une eau chaude, légèrement chargée de sulfate de chaux. — Enumération des maladies dans lesquelles les eaux de Louêche donnent de bons résultats.

— *Lettre sur la présence de l'iode et du brome à l'état de combinaison saline dans les eaux de Louêche*, par M. Borelli (Gazette médicale, p. 564).

— *Eaux minérales de Cransac* (*Aveyron*), rapport de M. Pa-

tissier (Académie de médecine, 18 mai). — L'eau de cette nouvelle source, dite source *Galtier*, est depuis longtemps employée dans le pays aux mêmes usages que la source *Basse-Richard*. Comme celle-ci, elle est minéralisée par des sulfates de soude, de chaux, de magnésie, d'alumine, d'ammoniaque et même de potasse. On y trouve aussi des espèces d'alun particulier ferrugineux et magnésien. — Autorisation.

— *Eaux minérales de Marina, près Saint-Dizier*, rapport de M. Patissier (Académie de médecine, 18 mai). — Il résulte de l'analyse faite dans le laboratoire de l'Académie que cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses carbonatées. Elle contient de si faibles proportions de gaz sulfhydrique que la Commission ne pense pas que cette eau doive une partie de son efficacité à ce gaz, comme le croit M. Legripp. — Autorisation.

— *Notes cliniques sur les affections chroniques habituellement traitées à l'établissement hydro-minéral de Pougues*, par M. de Crozant (Union médicale, p. 219).

— *Premier aperçu sur les eaux minérales de Bourboule*, par M. Durand-Fardel (Union médicale, p. 71). — Eaux situées près du Mont-Dore, remarquables par leur température élevée (57° centigr.). Elles renferment beaucoup de sodium, de bicarbonate de soude, un peu d'iode; elles sont les plus arsenicales que l'on connaisse aujourd'hui. — Mais elles sont peu abondantes.

— *Eaux minérales de Moingt* (*Loire*), rapport de M. O. Henry, (Académie de médecine, 27 juillet). — Cette eau est acidule, bicarbonatée, alcaline et terreuse, et analogue à celle de Saint-Galmier. — Autorisation.

— *Eaux minérales de Saint-Romain-le-Puy* (*Loire*), rapport de M. O. Henry (Académie de médecine, 1er juin). — Cette eau, comme beaucoup d'autres du bassin houiller de la Loire, appartient à la classe des eaux acidules, bicarbonatées, sodiques, calcaires et magnésiennes. — Autorisation.

— *Etude chimique et thérapeutique sur les eaux thermo-minérales d'Encausse, arrondissement de Saint-Gaudens* (*Haute-Garonne*), par M. Camparan (Thèses de Paris, n° 192).

— *Eaux de Saint-Loubouër*, par M. Henry (Académie de médecine, 19 octobre). — L'eau de Saint-Loubouër appartient aux eaux sulfhydratées calcaires formées secondairement, dans lesquelles le principe sulfureux existe presque tout entier à l'état de sulfure de calcium, associé aux carbonates terreux, aux sulfates de soude et de chaux. — Autorisation.

— *Eaux de Castel-Jaloux*, par M. Henry (Académie de médecine, 8 octobre). — Autorisation.

— *Eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les Bains* (Académie des sciences, 19 juillet). — M. Poggiale avait soumis les propositions suivantes : 1° Les eaux sulfureuses qui ne contiennent pas

d'oxygène ne s'altèrent pas dans leur parcours en tuyaux pleins. — 2° Lorsqu'elles renferment de l'oxygène, la décomposition du sulfure de sodium est proportionnelle à la quantité de ce gaz. — 3° L'eau sulfureuse doit être complétement à l'abri de l'air au point d'émergence. — 4° Il faut empêcher d'une manière absolue la pénétration de l'air dans les conduits. — 5° Il faut enfin prendre les mesures nécessaires pour fonctionner constamment en tuyaux pleins dans tout le développement de la conduite. — On a appliqué, d'après ces bases, un nouveau système de captage et d'aménagement; on a obtenu une conservation presque complète des principes sulfureux.

— *Eaux minérales de Sylvanès* (*Aveyron*), par M. Cauvy (Académie des sciences, 14 juin). — Ces eaux sont thermales. Elles ne sont nullement sulfureuses, quoiqu'elles aient été indiquées comme telles par quelques expérimentateurs, qui, analysant des eaux transportées à distance, avaient probablement regardé, comme principe sulfureux préexistant dans ces eaux, celui qui s'était développé par l'action réciproque des matières organiques et des sulfates qu'elles contiennent. — Les eaux de Sylvanès sont arsenicales.

— *Hydrothérapie.—Son histoire.—Sa théorie. — Principales maladies auxquelles s'applique l'hydrothérapie méthodique*, par M. Bottentuit (Paris, V. Masson; grand in-18, 189 pages).

— *Considérations générales et pratiques sur l'hydrothérapie, précédées de quelques recherches sur l'emploi de l'eau froide chez les anciens*, par M. Arque (Thèses de Paris, n° 156).

— *Chambre de respiration à l'eau pulvérisée de Pierrefonds*, par M. Sales-Girons (Union médicale, p. 48). — L'auteur dit que les malades traités par les inspirations d'eau pulvérisée, à Pierrefonds, ont éprouvé de grandes améliorations.

— *Traité pratique d'analyse chimique des eaux minérales potables et économiques, avec leurs principales applications à l'hygiène et à l'industrie*, par MM. O. Henry père et fils (Paris, Germer-Baillière; in-8°, xv-662 pages, 131 figures).

— *De l'action des vapeurs de l'eau de mer*, par M. Wiedasch (Gazette médicale, p. 471). — L'auteur s'est assuré que les sels qui entrent dans la composition de ce liquide persistent dans la vapeur et agissent d'une manière favorable sur les poumons, et il en a vu de bons résultats dans les maladies des voies respiratoires.

— *Des principales eaux minérales de l'Europe* (*Allemagne et Hongrie*), par M. Rotureau (Paris, V. Masson; in-8°, 575 pages).

HYGIÈNE.

— *Traité spécial d'hygiène des familles, particulièrement dans ses rapports avec le mariage, au physique et au moral*, par M. Devay (Paris, Labé ; in-8, XXIII-765 pages). — Ce travail considérable ne saurait être analysé dans son ensemble à cause des points d'étude trop nombreux auxquels il faudrait s'arrêter. — Il y a notamment des préceptes d'hygiène générale qui ne sont pas propres à l'auteur et qui se retrouvent dans tous les traités analogues ; mais il est un point spécial qui ne saurait être omis, c'est que l'auteur s'est attaché à discuter les conditions d'aptitude au mariage, la lactation après les couches, les influences des émotions, des causes extérieures sur la marche de la grossesse et sur les monstruosités fœtales ; il a enfin posé d'une manière heureuse quelques préceptes d'hygiène pour l'alimentation des nouveau-nés, en insistant sur les déplorables effets de la non-lactation, et de l'élevage au biberon ou à la cuiller. Ce sont là des sujets que l'on peut féliciter l'auteur d'avoir abordés alors qu'ils sont le plus souvent négligés dans les traités ordinaires d'hygiène et même dans ceux d'accouchement.

— *Hygiène physique et morale de l'ouvrier, dans les grandes villes en général, et dans la ville de Lyon en particulier, pour servir à l'extinction des préjugés et du charlatanisme*, par M. Fonteret (Paris, V. Masson ; 1 vol. in-18, XX-316 pages).

— *L'hygiène des nouveau-nés, considérée dans ses rapports avec le développement physique et moral des individus, au point de vue de l'amélioration de l'espèce*, par M. Caron (Gazette des hôpitaux, p. 566). — Effrayé du grand nombre de décès qui frappent le premier âge, et de la fréquence excessive des affections tuberculeuses, l'auteur n'hésite pas à voir la source des accidents qui atteignent l'adulte même dans la nourriture trop abondante ou trop excitante qui est, dès les premiers temps de la vie, imposée à des organes incapables encore de l'assimiler avec profit. — Il fait ressortir de quelle utilité serait l'éducation des nourrices, en tant que nourrices ; car les mieux intentionnées ne savent pas souvent leur métier, et n'ont pour se guider que les commérages de femmes non moins inexpérimentées qu'elles le sont elles-mêmes.

— *Hygiène des enfants nouveau-nés*, par M. Déclat (Paris, Labé ; grand in-18, XXV-316 pages).

— *Influence de l'eau prise comme boisson, sur l'homme sain et sur l'homme malade*, par M. O. Cordonnier (Thèses de Paris, nº 58). — L'auteur de cette thèse commence par exposer l'opinion des anciens sur l'eau, et montre la vogue dont elle a joui auprès

de quelques médecins et notamment de Hancock, dont elle était la panacée, *magnum febrifugum*. Il discute ensuite, en se basant sur les observations des modernes, les inconvénients de l'eau en tant que boisson froide, et, plus loin, fait ressortir les avantages de l'eau fraîche sur les tisanes, dans beaucoup de maladies même inflammatoires. — Les questions de quantité ne sont traitées que secondairement; cependant l'auteur fait observer que l'eau étant le meilleur agent médicateur dans les tisanes, et n'étant d'ailleurs pas susceptible de rassasier le malade comme toute autre préparation, il vaut mieux l'employer pure du moment que l'on veut imposer au patient une grande quantité de boisson.

— *De la statistique nosologique des décès*, par M. Guérard (Annales d'hygiène, p. 111). — L'attention de l'Académie avait été appelée sur ce sujet par le ministre de l'agriculture. M. Guérard, chargé du rapport, soumit à ses collègues une série de conclusions, dont plusieurs furent longuement débattues et dont l'ensemble finit par être adopté en ce sens : Dans l'état actuel, une bonne statistique médicale des causes de décès est possible. — Tout médecin doit remettre à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès. — Il peut employer, dans la désignation de la maladie, les dénominations scientifiques qui lui sont familières. — Il y a lieu de procéder, dès à présent, à l'enregistrement de toutes les causes de mort... — Il sera bon de rédiger un modèle que les médecins n'auront qu'à remplir, pour l'expédier aux bureaux établis dans les chefs-lieux d'arrondissement. — Les bulletins ne porteront aucun nom; ils seront secrets, envoyés signés, cachetés et numérotés, à la mairie, d'où ils parviendront à l'administration centrale, où des médecins seront appelés à coopérer au dépouillement.

— *Statistique des causes de décès en Belgique, pendant la période de* 1851 *à* 1855, par M. Boudin (Annales d'hygiène, p. 203).— Cette statistique porte sur 506,985 décès, non compris les mort-nés. Parmi ces décès, les causes de 424,406 ont été bien définies. — Le tableau qui résume cette statistique montre que la phthisie pulmonaire figure pour un cinquième dans la mortalité générale, et qu'elle arrive même au quart dans la province du Limbourg (240 sur 1,000). La fièvre typhoïde ne figure guère que pour un vingtième (46 sur 1,000). Il en est de même de la pneumonie et de la bronchite ; la pleurésie produit 12 décès sur 1,000 ; le cancer, 14 ; la rougeole, 17 ; la scarlatine, 14. Voilà pour les affections principales chez les adultes.

— *Des signes de la mort*, par M. Dosias (Thèses de Paris, nº 132).

— *De la consanguinité comme cause de scrofule*, par M. Leriche (Gazette médicale de Lyon, p. 97). — L'auteur ne croit

pas à l'influence de la consanguinité sur la scrofule, sur la stérilité, etc.

— *Esquisse de la topographie médicale de Tarare*, par M. Matagrin (Gazette médicale de Lyon, p. 300).

— *Recherches sur l'influence physiologique, pathologique et thérapeutique des climats des montagnes*, par M. Lombard (Gazette médicale, p. 418).

— *Recherches expérimentales sur l'atmosphère maritime*, par M. Carrière (Union médicale, p. 289).

— *De l'influence des émanations des égouts*, par M. Prosper de Pietra-Santa (Union médicale, p. 311). — Cette note contient l'analyse des expériences de M. Barker, de Londres. — M. Barker a commencé par étudier l'action des émanations d'égouts sur une série d'animaux, puis les différents gaz qui constituent cet air spécial. — Il expose les effets de l'air des égouts d'abord, puis de l'hydrogène sulfuré, du sulfhydrate d'ammoniaque et de l'acide carbonique; les animaux en expérience étaient des chiens, des corneilles et un hérisson. — Les conclusions de ce travail sont : 1° Que l'inhalation de l'air qui émane d'un égout produit des symptômes morbides; — 2° que ces symptômes sont dus principalement à l'hydrogène sulfuré contenu dans les eaux de l'égout. — Un fait à noter, c'est que le même gaz, à même dose, n'a pas donné des effets constants sur la même espèce d'animaux. — Les accidents ont toujours pris une forme plus ou moins typhoïde.

— *Alimentation iodée*, par M. Boinet (Académie de médecine, 28 septembre). — M. Boinet a pensé que l'iode pouvait être un aliment aussi bien qu'un médicament, ou plutôt, que l'iode était plus un aliment qu'un médicament, puisqu'il entre dans la composition de toutes les substances si nécessaires à la vie. En conséquence, il a joint l'iode à l'alimentation comme moyen curatif et préservatif d'un grand nombre de maladies, de celles surtout où les bons effets de l'iode et de ses préparations avaient été constatés comme médicament très-efficace, dans le goître, le crétinisme, les scrofules, et toutes les maladies qui en dérivent, comme les affections de la peau, les engorgements des glandes, le carreau, les caries des os, les tumeurs blanches, les abcès froids, certains ulcères, certaines ophthalmies, la phthisie, dans les maladies vénériennes constitutionnelles, les rhumatismes chroniques, la goutte, le cancer, etc., pensant qu'en agissant ainsi, il parviendrait à modifier, à améliorer la santé générale des individus, et à guérir toutes les maladies dont l'iode est le remède. — De nombreuses observations, recueillies depuis dix ans, sont venues, d'après M. Boinet, justifier toutes ses prévisions. — L'iode est mêlé aux aliments en quantités minimes; il ne produit pas d'accidents ainsi administré.

— *Quelques mots sur l'intoxication produite par l'iode, administré à petites doses longtemps continuées*, par M. Rilliet (Académie de médecine, 12 octobre). — 1° L'absorption longtemps continuée de petites doses d'un sel iodé, qu'il soit mêlé à l'eau, à l'air ou aux aliments, n'est pas toujours sans danger. — 2° Les habitants de certaines localités sont plus que d'autres exposés à l'intoxication iodique. — 3° Cette susceptibilité spéciale dépend peut-être de la petite quantité d'iode que recèlent l'eau, l'air et les aliments dont on fait usage dans ce pays. — 4° L'intoxication iodique est peut-être plus à redouter quand le médicament est donné à petite dose qu'à grande dose, et comme préventif que comme curatif d'une diathèse localisée ou confirmée. — 5° Cette intoxication est tout à fait exceptionnelle dans l'enfance, rare dans l'âge adulte, et d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. En conséquence, on ne saurait surveiller trop attentivement l'administration de l'iode chez les personnes âgées de plus de quarante ans, et il faut en suspendre l'usage à l'apparition des premiers symptômes de saturation (boulimie, amaigrissement, palpitations, susceptibilité nerveuse). — 6° Le médecin, placé en présence d'une de ces maladies sans nom, sans cause et sans localisations morbides appréciables, et dont la boulimie, les palpitations, le marasme, sont les symptômes apparents, doit avoir les yeux ouverts sur la possibilité d'une intoxication iodique. — 7° Les meilleurs remèdes de cet empoisonnement lent sont le lait, une alimentation analeptique, le changement d'air et les préparations ferrugineuses.

— *Observation de scrofules guéries. — Alimentation iodée*, par M. Lebert (Union médicale, p. 494).

— *Mortalité par la foudre*, par M. Poey (Académie des sciences, 14 juin). — M. A. Poey adresse un mémoire sur le nombre des personnes tuées par la foudre dans le royaume de la Grande-Bretagne, de 1852 à 1856, comparé aux décès par fulguration en France et dans d'autres parties du globe. C'est un travail purement statistique, et dont les résultats n'apprennent rien sous le rapport médical.

— *Observations sur la mort et sur les blessures produites par la foudre*, par M. Jack (Gazette hebdomadaire, p. 27). — L'auteur a observé des brûlures au premier degré ; il y avait aussi des phlyctènes et des espèces d'écorchures : c'étaient des bandes rosées transversales ou longitudinales. — Au moment de l'accident, sentiment de froid, engourdissement des membres, anxiété précordiale.

— *Effets de la foudre sur l'homme*, par M. Auzouy (Gazette hebdomadaire, p. 26). — L'auteur pense : 1° Que les foudroyés qui meurent succombent généralement à une asphyxie. — 2° Que de prompts secours, c'est-à-dire des secours administrés pen-

dant le premier quart d'heure qui suit l'accident, pourraient rappeler à la vie un grand nombre de ceux qui périssent. — 3° Que c'est par un abus de langage que le mot *foudroyé* est devenu synonyme de *mort instantanément*, attendu que la mort des foudroyés n'est pas généralement instantanée, mais devient souvent inévitable par le retard forcé des secours de l'art, qu'occasionne l'éloignement des lieux où ces sinistres éclatent le plus communément.

— *Sur l'éducation à donner aux sourds-muets et aux aveugles sans les séparer de leurs familles*, par M. Blanchet (Académie des sciences, 4 octobre). — L'auteur annonce que, d'après des dispositions officielles, les instituteurs doivent se mettre en état d'enseigner aux aveugles et aux sourds-muets. — Ainsi, dans un avenir que l'on peut considérer comme très-prochain, tous les sourds-muets, tous les aveugles de France, participeront au bienfait de l'éducation sans se séparer de leurs familles et de leurs camarades parlants, dont ils deviendront plus tard les compagnons de travail et d'atelier.

— *Etude des appareils de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital Necker*, par M. Grassi (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8°, 30 pages). — Conclusions : 1° Les appareils de chauffage et de ventilation établis par M. Van Hecke à l'hôpital Necker sont moins dispendieux que tous ceux qui existent déjà dans les hôpitaux de Paris, pour leur installation et pour leur fonctionnement. — 2° Dans les conditions où il a été possible d'établir les appareils à l'hôpital Necker, le chauffage et la ventilation qu'ils donnent ne coûtent pas plus cher que le chauffage seul des grands hôpitaux de Paris qui ne sont pas ventilés : ils procurent par conséquent, sans dépense, l'assainissement complet des salles de malades. — 3° Ces appareils fournissant plus d'eau chaude qu'il n'en faut pour donner des bains aux malades de l'hôpital où ils sont établis, ils donneront à l'administration la faculté de disposer d'un grand nombre de bains en faveur des indigents traités au dehors.

— *Nouveau système de ventilation par les appareils gazo-fumivores*, par M. Tavignot (Académie des sciences, 11 octobre).

— *Maladies des contrées septentrionales extrêmes*, par M. Ahrens (Moniteur des hôpitaux, p. 397). — La pléthore, et, comme conséquence, les hémorrhagies et les inflammations, sont les maladies prédominantes. — Les autres affections sont assez rares; il faut en excepter la diathèse calculeuse, les hydatides, qui s'accompagnent de phénomènes particuliers.

— *Résumé des observations météorologiques et médicales faites à Nancy pendant l'année* 1857, par M. Simonin (Nancy, Raybois et Ce; in-8°, 11 pages et tableau).

— *Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le départe-*

ment du Nord pendant 1857, par M. Brigandat (Lille, imprimerie Danel; in-8°, 6 pages).

—*De l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds*, par M. Jacquot (Annales d'hygiène, p. 5).—L'auteur établit dans cette partie de son travail, commencé en 1857, que l'endémie estivo-automnale annuelle des pays chauds et palustres n'est pas simple, mais qu'elle se compose de fièvres palustres intermittentes, de fièvres climatiques, de dyssenteries et affections hépatiques, d'affections intermittentes diverses, et enfin d'états bilieux et gastriques divers. Puis, il constate l'influence du climat sur les manifestations morbides des maladies sporadiques, spéciales à certaines contrées, telles que le typhus fever, la fièvre typhoïde, la peste, la fièvre bilieuse grave, la fièvre jaune et le choléra. — Il montre l'importance et la prédominance pathologique du foie dans la zone torride. — Il isole autant qu'il le peut chaque élément morbide de l'affection paludéenne prise pour base, et termine par un tableau diagnostique bien détaillé de la fièvre palustre grave et de la fièvre typhoïde.

— *Eléments d'une topographie médicale de la Nouvelle-Calédonie et de l'île des Pins*, par M. Vinson (Thèses de Paris, n° 59).

— *Relation médicale d'une campagne aux mers du Sud*, par M. Berchon (Thèses de Paris, n° 144).

— *Voyage en Océanie*, par M. Proust (Thèses de Paris, n° 46).

— *Note sur l'intoxication paludéenne à Rome*, par M. Sarazin (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1857).

— *Lettre médicale sur les chemins de fer* (*mécaniciens et chauffeurs*) par M. Bisson (Union médicale, p. 390). — L'affection nerveuse paralytique, attribuée par M. Duchesne à la *trépidation de la machine*, n'existe pas ; la fatigue des jambes est un fait constant, mais ne constitue qu'un accident passager, que dissipent quelques heures de repos. L'inertie génitale n'existe pas, la surdité est tout exceptionnelle, les pneumonies et pleurésies aussi. — Les fatigues ne sont pas excessives, et souvent les employés en congé, par réparation de leur machine, s'offrent d'eux-mêmes à faire des services supplémentaires.

— *Chemins de fer*, par M. Duchesne (Moniteur des hôpitaux, p. 621). — Dans cette lettre, adressée à M. Devillers, M. Duchesne défend quelques-unes de ses idées. Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 142.

— *Mémoire sur la fièvre jaune*, par M. Dutroulau (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-4°, 70 pages, et extrait des Mémoires de l'Académie de médecine). Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 140.

—*Etude sur le choléra*, par M. Charnaux (Thèses inaugurales de Paris, n° 4). — L'auteur se propose de dire ce qu'il a observé dans le Jura en 1854.

— *Du charlatanisme en médecine et en pharmacie, durant la période moyenne du dix-neuvième siècle*, par M. Ebrard (in-8°,

86 pages ; Lyon, Savy). — Tableau fidèle des ruses employées par les charlatans. L'auteur démontre fort bien les dangers du charlatanisme ; mais il ne propose aucun moyen pour débarrasser la société de cette plaie ; on le regrette vivement, quand on est arrivé à la fin de ces quelques pages, écrites avec esprit et élégance.

— *De la prostitution considérée sous le rapport de l'hygiène publique*, par M. Lagneau fils (Archives générales de médecine, mars, p. 341). — Cet article de Revue critique a plusieurs pages ; il se termine par quelques améliorations qu'il serait facile d'introduire, telles que la plus grande fréquence des visites sanitaires auxquelles sont soumises les prostituées ; — l'organisation du service médical des prostituées, de manière que les médecins exercent les uns sur les autres un contrôle nécessaire pour rendre les visites moins illusoires ; — l'obligation imposée aux directrices des maisons de tolérance de répondre de la santé de leurs filles ; — la multiplication des moyens de secours, de manière à ne laisser aucun vénérien sans prompte assistance.

— *Expériences sur les étoffes qui servent à confectionner les vêtements militaires, considérées comme agents protecteurs contre la chaleur et le froid*, par M. Coulier (Journal de physiologie, janvier). — Nous avons donné le résumé de ce travail dans l'*Annuaire*, t. Ier, p. 355).

— *Hygiène publique sur la ventilation et l'éclairage des salles de spectacle*, par M. Tripier (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, 15 pages).

— *Influence de l'exercice musculaire sur la constitution*, par M. Thouvenin (Thèses de Paris, n° 85). — L'auteur établit d'abord les différentes variétés d'exercices : l'exercice modéré, l'entraînement, l'exercice musculaire sans développement de la transpiration, l'exercice mixte, l'exercice forcé. Il établit les avantages de chaque genre d'exercice ou ses inconvénients, et s'attache spécialement à l'étude de l'entraînement chez l'homme et chez le cheval, tel qu'il se pratique en Angleterre. Il étudie aussi la formation de la graisse chez les animaux privés d'exercice. — Les conclusions de l'auteur, faciles à prévoir, sont en faveur de l'extrême importance de l'exercice, aidé d'une riche alimentation, mais surtout pendant le jeune âge. « L'alimentation fournit les matériaux, et le genre d'exercice les spécialise en quelque sorte, les fait servir au développement de tel ou tel système de l'économie plutôt que d'un autre. »

— *De l'influence de l'exercice sur l'homme*, par M. de Anaya (Thèses de Paris, n° 293). — L'auteur étudie d'abord les causes qui modifient les effets de l'exercice ; il les divise en causes naturelles et en causes accidentelles. Parmi les premières, une est surtout à remarquer, c'est l'influence des races signalée par l'au-

teur, et celle des tempéraments, étudiée avec soin. Parmi les secondes, signalons la paresse et les excès vénériens qui en sont la conséquence naturelle ; puis il fait ressortir l'utilité de l'exercice comme moyen préventif des maladies, soit du système nerveux, soit des articulations, ou comme moyen d'activer la nutrition des os ou du système musculaire, de favoriser la transpiration et les fonctions de la peau ; et, à ce propos, l'auteur recommande l'hydrothérapie, exercice spécial d'une fonction spéciale, et enfin l'influence de l'exercice sur les fonctions de la vie organique. — L'auteur termine en analysant les services que l'on peut attendre de l'exercice comme moyen curatif, suivant les systèmes affectés, et cite six observations.

— *Considérations pratiques sur quelques points de la maladie à quinquina, en ce qui concerne la médecine navale*, par M. F. Lagarde (Thèses de Paris, nº 45). — L'auteur montre d'asbord la fréquence et la gravité exceptionnelle des fièvres paludéennes intermittentes ou pernicieuses auxquelles sont sujets leéquipages dans les pays intertropicaux ; il conclut ensuite à la nécessité d'un traitement rapide et énergique, et rejette avec netteté l'emploi d'aucun autre médicament que le quinquina, quand on a ce dernier sous la main. — Il indique ensuite des mesures prophylactiques rigoureuses et proscrit le séjour des équipages à terre sur les côtes paludéennes. — Il recommande l'emploi des vêtements de laine et d'un régime tonique. — Il ne peut décider de la valeur d'une médication préventive et notamment des vins de quinquina.

— *Pathogénie comparée des endémies et des enzooties produites par les marais de la Seille* (Meurthe), par M. Ancelon (Gazette hebdomadaire, p. 3). — Ce travail consciencieux et très-intéressant, appuyé sur une longue série d'observations, tend à montrer les lois d'apparition des différentes épidémies qui affectent les populations riveraines de l'étang de Lindre-Basse, suivant les différents modes d'exploitation de l'étang qui est périodiquement asséché. Citons l'auteur : « Ainsi, périodicité dans l'exploitation de l'étang, égale périodicité des calamités auxquelles nous pouvons raisonnablement l'accuser de donner naissance, effluves plus rares, moins *mûrs*, dans le cours de la première année, affections plus légères, fièvres intermittentes bornées à l'homme ; — effluves élevés à la seconde puissance par deux années de dilution dans l'eau stagnante, de fomentation sous les rayons d'un soleil qui darde sur les débris organiques qu'accumule sur ses bords, longtemps échauffés, le vent d'ouest dominant dans le pays ; dès lors apparition d'affections typho-hémiques dans l'homme et dans le cheval ; la cause descend un degré de l'échelle animale. L'influence est tout autre pendant l'état de vacuité à cause de l'assèchement qui commence à la fin de l'au-

tomne de la seconde année... Les effluves s'élèvent à la troisième puissance, et l'humidité habituelle manquant en été, nous avons affaire à des affections charbonneuses qui menacent en général l'homme et les animaux, et atteignent en particulier les grands ruminants. » L'auteur conclut enfin : 1° qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, la typho-hémie paludéenne (fièvre typhoïde, etc.) et les maladies charbonneuses ; — 2° que ces trois affections reconnaissent pour cause unique, capitale, l'effluve des marais ; — 3° que l'espèce humaine, les chevaux, les ruminants, présentent à l'observation des différences pathologiques toutes expliquées par leur organisation.

— *Action des dissolutions salines sur l'économie vivante*, par M. Robin (Union médicale, p. 577). — La dissolution d'un sel neutre dans l'eau enlève à celle-ci une grande partie de sa facilité à absorber le gaz. — L'effet se produit en dehors de la vie ; qu'il se produise de même dans le sang, la présence de sels abondants dans le sérum sera un obstacle à l'absorption de l'oxygène et à l'action calorifique des combustions organiques ; elle sera donc une cause de dépression, ce sera un moyen tempérant. — Pour que cet effet se produise, il faut : 1° que la quantité de matière saline puisse augmenter dans le sang ; — 2° que les sels neutres alcalins, pris à l'intérieur, puissent passer dans la circulation. — L'analyse des sels du sang et de l'urine démontre la variabilité de saturation. — La pratique des anciens, l'emploi des sels et des poudres tempérants, et leurs succès dans des affections aiguës, démontrent l'influence de la saturation.

— *Les chargements de sel, soit comme lest, soit comme cargaison, sont-ils préjudiciables à la santé des équipages?* par M. Fonssagrives (Union médicale, p. 539). — A propos d'une maladie sérieuse développée à bord d'un navire sarde, le *Liguria*, chargé de sel, et portant un grand nombre de passagers, l'auteur a fait dresser, par son collègue M. Besnon, pharmacien de la marine, un tableau d'observations hygrométriques faites à l'air libre et dans les magasins à sel. Il en résulte : 1° que les chargements de sel marin, inoffensifs par leur nature même, deviennent nuisibles par l'humidité qu'ils déterminent à l'intérieur des navires ; — 2° que cette influence est incontestable et que l'autorité devrait proscrire le transfert de cette denrée par des navires destinés au transport de nombreux passagers, surtout dans les pays chauds ; — 3° qu'une ventilation bien établie pourrait neutraliser, mais non faire disparaître les inconvénients d'un pareil chargement.

— *Essai sur les maladies des ouvriers des mines houillères de Courrières et de Dourges*, par M. Demarquette (Moniteur des hôpitaux, p. 1164). — Fréquence de l'angine, immunité de la diphthérite, pendant l'épidémie de 1858, qui sévissait dans les envi-

rons des mines. — Bronchites assez communes, mais bénignes. — Immunité pour la phthisie. — Pleurésies rares. — Fréquence du rhumatisme musculaire. — Grande rareté du rhumatisme articulaire. — Pas d'épidémies typhoïdes. — Diarrhées communes. — Plusieurs épidémies de dysentéries, mais sans gravité exceptionnelle. — Fréquences des affections digestives et surtout de celles du cœur. — Les mineurs sont vieux à cinquante ans, et souvent alors hydropiques ou asthmatiques. — Parmi les affections externes, les plus curieuses à mentionner sont les fractures du rachis et les *coups de mine.* Ces derniers occasionnent des brûlures avec pénétration de grains de poudre qui soulèvent autant de pustules. — Parfois ils produisent une sorte de commotion cérébrale. Les furoncles aux membres inférieurs sont très-communs chez les ouvriers qui travaillent dans les parties humides. — Les plaies contuses et osseuses même guérissent généralement bien.

— *De l'inutilité des quarantaines*, par M. Clot-Bey (Union médicale, p. 482). — La peste de Bengasi n'est constatée telle qu'après deux mois, par une commission venue de Constantinople; jusqu'alors ses provenances, acceptées partout en franchise, n'ont amené nulle part un cas de peste, nulle part la contagion ne peut être constatée ; à partir de cette époque on impose des quarantaines excessivement gênantes à tous les navires de la Régence. — Ne serait-il pas temps de revenir d'erreurs extrêmement préjudiciables au commerce, et d'étudier la maladie et la question de la contagion avant d'adopter des mesures sanitaires au moins inutiles ?

— *Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, pour l'année* 1857, par M. le baron Larrey (Paris, in-8°, 245 pages). — L'auteur expose d'abord les conditions d'emplacement, et notamment les cours d'eau, dont l'un lui semble devoir donner lieu à quelques travaux, pour préserver les troupes de miasmes marécageux. Puis il étudie l'eau en elle-même, et signale ce fait important que l'eau laiteuse des puits creusés dans le camp et qui doit sa couleur au carbonate de chaux qu'elle renferme, n'est nullement malsaine et n'a donné lieu à aucun accident ; qu'elle est apte d'ailleurs à tous les usages et peut cuire les légumes. Il montre les principales mesures hygiéniques prises dans l'installation générale, telles que rigoles d'écoulement, feux de bivouac, guérites, heures de manœuvres, population des tentes, et celles qui concernent le soldat en lui-même, telles que mesures de propreté, usage de vêtements spéciaux, d'ablutions, etc. — Quant à la pathologie, elle fournit peu de développements à l'auteur qui, dans l'ordre des affections externes, a encore eu moins à observer que dans l'ordre des affections internes où la dyssenterie et la fièvre typhoïde n'ont fourni qu'une trentaine d'observations.

— *Recherches chronologiques sur la conservation des substances alimentaires*, par MM. Chevalier père et fils (Annales d'hygiène, p. 77). — Ce travail, dont la première partie se trouve dans les *Annales* de 1857, traite plus spécialement, dans cette seconde partie, de la conservation des matières végétales.— On y trouve les recherches de M. Eisen (1795), sur la dessiccation unie à la compression, avec des détails d'opération, des précautions que les préparations modernes n'ont pas dépassées. — On y trouve aussi les recherches de M. Braconnot sur l'emploi de la mèche soufrée, moyen qui réussit très-bien pour la chair animale, et que les tissus végétaux peuvent supporter avec avantage quand leur texture n'est pas trop délicate. — Les auteurs signalent les procédés de Masson, ceux de M. Loiseau, et enfin ceux d'une quantité d'inventeurs qui se sont fait breveter pour des modifications plus ou moins heureuses des procédés types, la cuisson suivie de dessiccation et la compression.

— *Des vins plâtrés considérés au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale*, par M. Glénard (Gazette médicale de Lyon, p. 59). — Les vins plâtrés n'ont aucun danger pour la santé; le plâtrage ne peut être considéré, ni dans l'intention, ni dans le fait, comme une sophistication.

— *Essai sur les mollusques, considérés comme aliments, médicaments et poisons*, par M. Ozenne (Thèses de Paris, n° 222).

— *L'ozone atmosphérique et les maladies régnantes; six mois d'observations faites à Montpellier, du* 1er *novembre* 1857 *au* 1er *mai* 1858, par M. C. Saint-Pierre (Montpellier, imprimerie Ricard; in-8°, 35 pages et figures dans le texte).

— *Mémoire sur la constitution médicale de la ville et de la commune d'Autun, pour l'année* 1855, par M. Guyton (Revue thérapeutique du Midi, p. 81).

— *Relation médico-légale de l'attentat du* 14 *janvier* 1858, par M. Ambroise Tardieu (Annales d'hygiène, p. 395, 437). — Voici les conclusions de ce travail, qui contient l'étude des faits, les observations classées par catégories, suivant leur gravité, et enfin des réflexions sur les différentes complications des blessures : — 1° Les victimes de l'attentat du 14 janvier qui se sont fait connaître et que nous avons visitées sont au nombre de cent cinquante-six, chiffre certainement inférieur à la vérité. — 2° Les blessures qu'elles ont reçues s'élèvent à cinq cent onze. Sur un grand nombre, on en compte plus de dix; deux en présentent plus de vingt. — 3° A l'exception de cinq ou six, qui sont le résultat de contusions accidentelles, toutes ces blessures ont été produites par l'explosion des projectiles fulminants, et par les éclats presque innombrables qui ont été lancés de tous côtés. — 4° La plupart des blessures ont pénétré dans la profondeur des organes, et, malgré leur peu d'étendue apparente, ont déterminé

des déchirures et des désordres considérables. — 5° Ces plaies, par suite de la nature des projectiles inégaux, irréguliers et brûlants qui les pénètrent, par suite de leur étroitessse et de leur profondeur, se compliquent d'épanchements de sang, de phlegmons, de douleurs névralgiques, qui ajoutent beaucoup à leur gravité. — 6° Neuf des victimes ont succombé, et six autres ont été et sont encore en danger. — 7° L'incapacité de travail personnel résultant des blessures produites par l'explosion des projectiles fulminants sera, en général, prolongée; et quelques-uns des blessés resteront certainement affligés d'infirmités incurables.

— *Explosion des appareils à eau employés pour chauffer et ventiler les édifices publics*, par M. Guérard (Annales d'hygiène, p. 380). — M. Guérard commence par relater la circulaire du ministère des travaux publics, relative aux conditions que l'on doit exiger dans la confection de ces appareils ; puis il étudie les systèmes Duvoir et Grouvelle, montre les bonnes conditions offertes par ces systèmes eu égard à leur but, lorsque toutes les précautions indiquées par la circulaire ont éte prises. — Il cite ensuite les explosions qui ont eu lieu à Saint-Sulpice, à l'hospice des aliénés de Blois, et enfin à l'hôpital Lariboisière, et montre que les surveillants, et non les systèmes en eux-mêmes, doivent être accusés de ces accidents.

TOXICOLOGIE ET MÉDECINE LÉGALE.

— *De la ligature de l'œsophage*, par MM. Bouley et Reynal (Rapport de M. Trousseau) (Académie de médecine, 20 juillet).— Dans ce mémoire, MM. Bouley et Reynal avaient voulu établir, contrairement à l'opinion d'Orfila, que la ligature de l'œsophage, loin d'avoir une complète innocuité, a généralement de graves conséquences; que, presque nécessairement mortelle lorsque le lien constricteur reste appliqué à demeure sur l'œsophage, elle peut suffire pour causer la mort en peu de temps, par le seul fait des désordres qu'elle entraîne, et d'autant plus rapidement que les substances ingérées sollicitent le vomissement d'une manière plus puissante; qu'enfin, elle est presque toujours suivie, peu de temps après son application, de symptômes graves, dont il faut tenir compte dans l'appréciation des phénomènes qui se produisent lorsqu'on étudie les effets des substances ingérées dans l'estomac des sujets sur lesquels l'œsophage a été lié. — Voici les conclusions qui terminent et résument le rapport de M. Trousseau : — 1° L'application d'un lien constricteur sur le tube œso-

phagien est suivie d'une manière assez constante de symptômes spéciaux qui, quelle qu'en soit la cause, ont un caractère assez sérieux pour qu'on doive en tenir compte dans les études toxicologiques. — 2° Ces symptômes sont d'autant plus accusés que l'œsophage est serré plus étroitement, d'autant moins que sa constriction est plus lâche. — 3° La conscriction permanente de l'œsophage est mortelle dans les 9/10 des cas. — 4° La durée maximum de la vie ayant été de six jours chez les sujets des expériences qui ont servi de base à ce rapport, il en résulte qu'on doit concevoir des doutes sur les propriétés supposées toxiques des substances qu'on expérimente, en maintenant l'œsophage lié, lorsque la mort n'arrive, après leur ingestion, que le 2e, 3e, 4e, 5e ou 6e jour qui suit l'opération ; et à plus forte raison si cette période de temps est dépassée.—5° Les symptômes caractéristiques de la ligature permanente de l'œsophage sont ceux d'un abattement profond, la période des vingt-quatre premières heures une fois passée. — 6° Les lésions consécutives à la constriction permanente de l'œsophage consistent généralement dans l'inflammation des nerfs qui accompagnent l'œsophage; inflammation avec ou sans foyer purulent dans la région où s'est exercée l'action traumatique : d'où cette conséquence rigoureuse, que toute expérience toxicologique dans laquelle cette complication est intervenue doit être annulée comme entachée de suspicion légitime, attendu l'impuissance où l'on se trouve de discerner si, en pareils cas, les accidents mortels résultent des substances essayées ou de l'inflammation des nerfs du cou. — 7° La ligature temporaire de l'œsophage ne serait mortelle que 3 fois sur 100, d'après les relevés statistiques présentés dans ce rapport. — 8° En règle générale, ses effets sont d'autant moins graves que le temps de son application est moins prolongé : d'où cette conséquence que pour simplifier autant que possible les expériences de toxicologie, il faut laisser le lien constricteur appliqué le moins longtemps possible sur l'œsophage, en ayant soin de ne le serrer que juste au degré voulu pour mettre obstacle au retour des matières ingérées, mais sans intéresser les parois de l'œsophage. — 9° La ligature prolongée et étroitement serrée de l'œsophage peut, par les désordres qu'elle produit et par les accidents mortels qu'elle entraîne, faire supposer l'existence de propriétés toxiques dans des substances complétement inoffensives. — 10° La ligature de l'œsophage pouvant être mortelle par exception, même dans les premières heures qui suivent son application, on doit toujours se préoccuper de cette éventualité dans les expériences toxicologiques et s'assurer, par un examen attentif des nerfs du cou et des organes respiratoires, si aucune lésion n'est intervenue, susceptible de compliquer les phénomènes ; puis, comme en définitive toutes les causes de mort, après la ligature, ne sont pas connues,

on ne devra formuler une conclusion qu'autant qu'en réfutant les expériences avec les précautions qui viennent d'être indiquées, on aura obtenu des résultats constamment identiques.

M. *Bouley* (27 juillet), après le rapport de M. Trousseau, expose de nouveau et défend les opinions qu'il a émises sur les effets de la ligature de l'œsophage.

M. *Devergie* (3 août) pense qu'il y a lieu de chercher un moyen de s'opposer aux vomissements autre que la ligature de l'œsophage, et que c'est à l'observation chez l'homme qu'il faut demander la symptomatologie des empoisonnements, et les doses auxquelles les poisons donnent la mort.

M. *Bouley* (10 août). S'il a dit dans son précédent discours que la ligature de l'œsophage était une opération très-grave, c'est seulement aux points de vue toxicologique et médico-légal. Il rapporte à ce propos un relevé de 22 expériences faites récemment sur des chiens auxquels on avait lié l'œsophage après avoir administré des substances non toxiques. 21 ont succombé, un seul a survécu ; et cependant sur 4 chiens seulement la ligature est restée appliquée plus de vingt-quatre heures. La simple ingestion d'un liquide dans l'estomac a paru abréger beaucoup la durée de la vie.

M. *Bouillaud* n'est pas suffisamment édifié sur la gravité qu'on prête à la ligature de l'œsophage. Il demande si, dans tous les cas où l'on a injecté une substance non toxique dans l'estomac des chiens, il y a eu des efforts de vomissement ; il demande aussi quelle est la nécessité de cette opération et s'il ne serait pas possible de la remplacer.

M. *Velpeau* ne trouve pas non plus la question résolue ; il a assisté à un grand nombre d'expériences d'Orfila, et il n'a jamais vu d'accidents déterminés par la ligature de l'œsophage. En admettant même que ces accidents soient réels, il pense qu'il est possible de les discerner de ceux que détermine l'ingestion d'un poison. Il a peine à croire que l'ingestion de quelques grammes d'eau dans l'estomac des chiens puisse hâter et provoquer la mort. En résumé, il constate qu'il reste encore beaucoup d'obscurités à dissiper.

M. *Bouley* réplique que l'on ne saurait s'élever contre les faits, et que ses expériences établissent clairement que quelques grammes d'eau font périr les chiens, à la suite des efforts de vomissements. Il demande le vote sur les conclusions du rapport. — Après un court débat, les conclusions formulées par la Commission ont été votées par l'Académie, sauf deux modifications proposées par M. Devergie, qui ont été acceptées sans difficulté.

— *De la ligature de l'œsophage. — Analyse de l'état actuel de la question*, par M. Orfila (Gazette des hôpitaux, p. 226). — M. L. Orfila défend, dans cet article, comme dans le suivant, les

expériences faites par Orfila; il pense qu'à l'avenir on pourra encore, à condition de prendre quelques précautions qui n'avaient pas été suffisamment formulées, continuer à rechercher l'action des substances sur l'économie animale en agissant sur des chiens dont l'œsophage sera lié.

— *De la ligature de l'œsophage*, par M. Orfila (Paris, imprimerie Plon; in-8, 17 pages).

— *Recherches expérimentales sur les oxydes de fer considérés comme contre-poison de l'acide arsenieux*, par M. Nonat (Académie de médecine, 17 août). — En lisant avec attention les vingt-deux expériences qui servent de base à notre travail, dit M. Nonat, on pourra se convaincre que la ligature de l'œsophage, pratiquée dans tous les cas, n'a nullement altéré la précision des résultats que nous avons obtenus. — En effet : 1° après la ligature simple de l'œsophage, deux chiens ont vécu de six à sept jours, comme ceux qui ont été soumis à une abstinence absolue; — 2° l'acide arsenieux, donné seul, a amené la mort au bout d'un temps variable de trois à douze heures; — 3° les chiens auxquels nous avons administré l'acide arsenieux concurremment avec les protoxyde et deutoxyde de fer sont morts aussi promptement que s'il n'avait pas été donné de contre-poison; — 4° dans une dernière série d'expériences, douze chiens ont pris de l'acide arsenieux et de l'hydrate de peroxyde de fer sec ou humide. La vie s'est prolongée d'autant plus, que la dose du contre-poison a été plus élevée. — Je dois ajouter que quatre de ces animaux ont survécu six ou sept jours, absolument comme s'ils n'eussent subi que la ligature de l'œsophage. — Ce qui donne au résultat que je viens de faire connaître un plus haut degré de certitude, c'est : 1° la concordance de tous ces faits entre eux, et 2° leur confirmation par le contrôle des expériences chimiques de M. Guibourt. — De ce que j'ai vu dans cette circonstance, et dans d'autres encore, je crois pouvoir conclure que, pratiquée d'une manière convenable, c'est-à-dire en serrant modérément le lien et en évitant de comprendre les nerfs voisins, la ligature de l'œsophage est une opération utile et qui doit être conservée dans les recherches toxicologiques.

— *Etudes sur la colique de plomb*, par M. Briquet (Académie de médecine, 12 janvier. — *In extenso* dans les Archives générales de médecine, février, p. 129). — L'année dernière, M. Briquet avait, dans un mémoire que nous avons résumé (*Annuaire*, t. Ier, p. 110), mis en doute l'efficacité des purgatifs dans la colique de plomb. Dans ce nouveau travail, l'auteur s'est proposé de démontrer que la douleur de la colique de plomb n'a son siége dans aucune des parties du tube digestif et qu'elle réside dans les muscles des parois qui forment l'enceinte de l'abdomen. Sur 43 malades dont les observations forment la base de ce travail, les

douleurs siégeaient dans les muscles droits 36 fois, dans les muscles des lombes et du bas des gouttières vertébrales 19 fois, et dans les muscles obliques 10 fois. Elles intéressaient plus souvent les parties supérieures et les parties inférieures des muscles que leur portion moyenne, comme elle le fait, probablement pour la même raison, dans le rhumatisme musculaire. Enfin, les muscles du côté droit de l'abdomen ont été aussi souvent atteints que ceux du côté gauche, ce qui offre une différence très-notable avec ce qui se voit dans l'hystérie, où les douleurs occupent de préférence le côté gauche du corps. — Pourquoi les muscles des parois abdominales sont-ils à peu près le siége exclusif de la douleur dans la colique de plomb? Peut-être le métal agit-il sur eux en vertu d'une action élective, comme il le fait pour les extenseurs des membres supérieurs. Peut-être aussi ces douleurs se développent-elles sous l'influence d'une excitation spéciale d'une portion du prolongement rachidien, comme le supposaient Astruc, Laënnec et Barbier. — M. Briquet, en cherchant à démontrer que les douleurs principales de la colique de plomb siégent dans les muscles abdominaux, ne prétend pas que le tube digestif est à l'état normal dans cette maladie, mais il croit que ces troubles sont secondaires. L'auteur a été amené à essayer la *faradisation* de la peau recouvrant les muscles qui sont le siége de la douleur; la faradisation est l'emploi des courants électriques par induction. Il s'est indifféremment servi, soit de l'appareil de M. Duchenne, soit de celui de MM. Morin et Legendre. — Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les détails des observations cliniques qui sont la base de ce travail. Nous nous bornerons à dire que la cessation des douleurs abdominales a été constamment et presque instantanément obtenue sur 42 malades soumis à cette pratique. Les douleurs sympathiques ont cessé aussi, ainsi que les divers troubles du tube digestif qui les accompagnent. La faradisation agit, suivant M. Briquet, comme un révulsif. La douleur produite doit être très-vive. Elle doit être provoquée le plus près possible du lieu douloureux, et de préférence sur des parties très-sensibles. Enfin, la faradisation n'est pas le spécifique de la colique de plomb; elle n'est qu'un moyen, mais un moyen puissant, presque infaillible, d'enlever la douleur. On pourrait se borner à son emploi et négliger les autres moyens de traitement sans inconvénient, dans les cas où il n'y a pas beaucoup de cachexie; mais dans les cas plus graves, où des accidents sérieux pourraient revenir après que la douleur aurait été enlevée, il sera toujours très-rationnel de faire le traitement spécial à l'intoxication saturnine.

— *Traitement de la colique de plomb*, par M. Grazia (Gazette médicale de Lyon, p. 154). — Limonade sulfurique et diète sévère.

— *Accidents saturnins*, par M. Mauger (Gazette des hôpitaux, p. 481). — Ces accidents ont été déterminés dans plusieurs familles, par l'usage d'une boisson dite piquette, préparée dans des vases en terre recouverts d'un vernis dû à un composé plombique.

— *Colique de plomb guérie en quelques heures par la faradisation*, par M. Gaillot (Gazette des hôpitaux, p. 462). — Une observation confirmant les idées de M. Briquet.

— *Un mot sur le traitement de la colique de plomb par le chloroforme intùs et extrà*, par M. Aran (Bulletin de thérapeutique, LIV, p. 74). — La douleur n'est pas toute la maladie dans la colique de plomb: aussi faut-il, en même temps que l'on combat ce symptôme, employer, suivant les cas, les purgatifs, les opiacés, les bains sulfureux et savonneux. Contre la douleur, M. Aran emploie le chloroforme *intùs et extrà*, qu'il préfère à la faradisation; il le prescrit de la manière suivante : Le premier jour, application sur l'abdomen d'une compresse sèche, sur laquelle on a versé de 30 à 50 gouttes de chloroforme; une potion gommeuse de 150 grammes, avec addition de 30 à 50 gouttes de chloroforme; un lavement simple, suivi d'un quart de lavement gommeux ou mucilagineux, contenant de 20 à 30 gouttes de chloroforme; et pour la nuit une potion et deux lavements comme les précédents. — Même traitement les jours suivants, en répétant les applications topiques de chloroforme jusqu'à disparition des douleurs, et en continuant les deux potions et les quatre lavements jusqu'au rétablissement des garde-robes, réduisant alors le traitement à une potion et à deux lavements dans les vingt-quatre heures, insistant en même temps sur les bains alternativement sulfureux et savonneux, et sur l'alimentation, qu'il faut rendre de jour en jour plus abondante.

— *De l'action des sels de plomb sur les animaux, et des névroses saturnines chez l'homme* (Gazette des hôpitaux, p. 349).— Leçon clinique de M. Trousseau.

— *Guérison de la maladie du plomb par l'iodure de potassium*, par M. Karl OEtlinger (Wiener mediz. Woch et Revue étrangère, p. 93, et Gazette hebdomadaire, p. 338). — 1° La chimie démontre que dans la cachexie de plomb on trouve des traces de plomb dans l'urine; 2° quand on administre l'iodure de potassium, la quantité de plomb, dans l'urine, augmente beaucoup, puis diminue progressivement, et enfin disparaît; 3° l'iodure de potassium doit être administré à dose croissante, jusqu'à la disparition du plomb; 4° la sécrétion du plomb dans l'urine est accompagnée d'une diminution considérable des phosphates de l'urine, de son poids spécifique et de l'acide urique; en même temps apparaissent dans l'urine des traces d'albumine et de su-

cre ; 5° la cachexie de plomb est guérie, quand l'urine a recouvré ses propriétés.

— *De l'empoisonnement par le nitrate acide de mercure*, par M. Chambé (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— *Empoisonnement par le deutochlorure de mercure*, par M. Ladreit de la Charrière (Bulletin de la Société anatomique, p. 35). — Une femme prend un paquet de 10 grammes de bichlorure de mercure; immédiatement sensation atroce de brûlure dans l'estomac et dans la gorge. Vomissements incessants; facies et anxiété cholériques. Mort trois jours après, dans un état de prostration complète. — A l'autopsie, la bouche et l'œsophage sont trouvés sains; dans le grand cul-de-sac de l'estomac, on trouve une plaque noire, mamelonnée, ayant de 8 à 10 centimètres de diamètre; les parois sont tuméfiées, épaissies; liquide noir et fluide comme de l'encre. Mêmes altérations dans le duodénum ; puis l'intestin est sain dans une étendue de 60 centimètres, parce que le poison a été vivement expulsé de ce point; les altérations recommencent ensuite brusquement. Le sublimé n'a probablement été absorbé qu'en petite quantité; il a agi comme aurait fait un caustique; toutefois, il n'y a pas eu de tendance à l'ulcération. L'état adynamique est survenu rapidement : la malade est morte comme meurent les malades qui succombent à une brûlure extérieure considérable.

— *Exposé sommaire d'un fait toxicologique remarquable*, par M. Mouchon (Gazette médicale de Lyon, p. 245). — L'auteur a vu, chez les lapins, que des doses de solanées vireuses, non dangereuses en temps ordinaire, produisaient très-rapidement la mort, quand elles étaient administrées pendant l'orgasme vénérien.

— *Expériences sur l'empoisonnement de la mère, produit par l'empoisonnement du fœtus*, par M. Savory (Gazette médicale de Lyon, p. 222). — De la strychnine injectée dans des fœtus (lapins et chiens), le placenta restant intact et adhérent, produit bientôt des phénomènes d'empoisonnement chez la mère.

— *Cas d'empoisonnement par un sirop pectoral*, par M. Julécot (Union médicale, p. 291). — Narcotisme, produit par deux bouteilles d'un sirop calmant, prises en un jour.

— *Empoisonnement par un emplâtre belladoné appliqué sur la peau*, par M. Jenner (Med. Times et Archives générales de médecine, avril, p. 485). — L'empoisonnement est survenu après l'application d'un deuxième emplâtre sur une surface dénudée.

— *Empoisonnement par l'opium*, par M. Delasiauve (Gazette hebdomadaire, p. 500). — Le malade a pris trois jours de suite de 15 à 20 centigrammes d'opium. — Tout à coup, hallucinations, délire. Mort rapide, après quelques minutes d'agonie.

— *Empoisonnement par le laudanum*, par M. Schützenberger

(Gazette des hôpitaux, p. 305). — Chez une malade, dont l'histoire est rapportée, les effets stupéfiants du laudanum se sont lentement et progressivement dissipés en partie, sous l'influence de la médication stimulante. La malade a succombé aux progrès de l'affaiblissement consécutif et d'une gangrène produite par le décubitus dorsal.

— *Empoisonnement par l'eau sédative de Raspail*, par M. Rulié (Académie de médecine, 2 novembre). — Cette observation présente deux faits principaux, sur lesquels l'auteur est entré dans quelques développements : d'une part, l'hyposthénisation profonde qui a dominé tous les autres phénomènes morbides; de l'autre, l'inflammation du tissu pulmonaire, qui est arrivée rapidement à la suppuration.

— *Nouvelle observation d'empoisonnement par l'eau sédative*, par M. Fonssagrives (Union médicale, p. 569). — On peut rapprocher cette observation de la précédente. L'auteur pense qu'il faut attribuer les accidents à l'ammoniaque et non au camphre.

— *Empoisonnement par le camphre*, par M. Lecoq (Gazette des hôpitaux, p. 549). — Une observation. Le camphre donné à dose très-considérable (le malade en a pris 30 *grammes au moins* dans la même journée en deux fois) a produit la série des phénomènes suivants, énoncés à peu près dans leur ordre ordinaire de succession : douleurs vives dans la région épigastrique, agitation, besoin incessant de locomotion, vertiges, éblouissements, ivresse compromettant momentanément la stabilité, puis mouvements convulsifs intermittents, perte de connaissance, insensibilité complète, ralentissement marqué de la circulation, fréquence de la respiration, difficulté d'uriner. Enfin, au bout d'un temps assez court, réveil étonné, sans que le malade ait nullement conscience de tout ce qui s'est passé pendant qu'il est resté soumis à l'influence du camphre. — Comparaison de ces phénomènes avec ceux que produisent l'éther et le chloroforme. — Traitement : vomitifs et excitants cutanés.

— *Accidents produits par la térébenthine*, par M. Delasiauve (Gazette hebdomadaire, p. 659). — Diarrhée aqueuse, prostration, malaise.

— *Empoisonnement par l'eau-de-vie*, par M. Duparcque (Gazette hebdomadaire, p. 371). — Un homme, non adonné à l'ivrognerie, est mort sept heures après avoir bu un verre à boire plein d'eau-de-vie. — Prostration, pâleur de la face, refroidissement général.

— *Sur un cas d'empoisonnement par la benzine et la matière phosphorée des allumettes chimiques*, par M. Monneret (Archives générales de médecine, septembre, p. 291). — Un jeune homme de vingt et un ans avale un mélange de 6 à 8 grammes de benzine et d'une dissolution de deux boîtes d'allumettes chimiques dans

de l'eau chaude. Collapsus et insensibilité, dont on parvient à le tirer par l'emploi de stimulants (potion avec l'acétate d'ammoniaque, sinapismes, et plus tard une douche en pluie et en jet). Le malade recouvre l'intelligence et rend compte de ce qui lui est arrivé. — Le lendemain, le collapsus reparaît; état comateux et délire; ictère; pneumonie au deuxième degré; pas d'excitation des organes génitaux; mort cinq jours après. — A l'autopsie on trouve des inflammations de l'appareil respiratoire, digestif, hépatique et du cerveau.

— *Empoisonnement par le phosphore*, par M. Couseran (Gazette des hôpitaux, p. 459). — Dans cet article, l'auteur décrit le procédé et l'appareil de Mitscherlich pour reconnaître la présence du phosphore dans les cas d'empoisonnement par les allumettes chimiques, et le compare à l'appareil de Marsh pour la découverte de l'arsenic.

— *Intoxication par le sulfure de carbone*, par M. Duriau (Gazette des hôpitaux, p. 241). — Varioloïde intercurrente. — Guérison.

— *Empoisonnement par la ciguë*, par M. Skinner (Archives générales de médecine, p. 620, novembre). — Chez cinq enfants qui avaient mangé des jeunes pousses de grande ciguë, M. Skinner a noté les symptômes d'un empoisonnement par les narcotiques, et non par les narcotico-âcres; on sait que la grande ciguë est généralement rangée parmi les poisons narcotico-âcres. — Vomitifs et boissons stimulantes.

— *Empoisonnement par l'acide oxalique*, par M. Rul-Ogez (Gazette des hôpitaux, p. 546). — Une observation prouvant une fois de plus les effets violents du sel d'oseille sur l'organisme. — L'auteur recommande comme contre-poisons la chaux et la magnésie.

— *Du camphre dans l'empoisonnement par la strychnine*, par M. Arnett (Gazette des hôpitaux, p. 30). — Les accidents produits par la strychnine sont rapidement dissipés par le camphre; l'auteur a été témoin de ces phénomènes plusieurs fois : il prescrit des doses de camphre variables; une fois, il a donné 2 grammes de teinture de camphre, et il a répété la dose un quart d'heure après. — On doit commencer par un vomitif.

— *De la recherche de la strychnine dans les empoisonnements*, par V. Wilkins (Gazette médicale, p. 566). — Les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de retrouver la strychnine dans des matières contenant cette substance.

— *Empoisonnement par la racine de phytocala decandra,* par M. Flumiani (Gazette médicale, p. 407). — Prostration, pâleur de la face, etc. — Administration de stimulants. — Guérison.

Empoisonnement par une application externe de tabac et de cévadille, par M. Massina (Revue thérapeutique du Midi, p. 606).

Etude sur les venins et les virus, avec quelques mots sur la zoognosie médicale, par M. Télèphe Desmartis (Gazette hebdomadaire, p. 621).

— *Leçons de toxicologie,* par M. Orfila (Paris, imprimerie Plon; in-8°, VIII-120 pages).

— *Sur la non-existence de la colique de cuivre, et sur l'affection professionnelle des ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt,* par M. de Pietra-Santa (Académie des sciences, 23 août). — 1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable de sa santé ; — 2° l'ingestion de la poussière donne lieu à de légers accidents ; —3° la colique de cuivre, telle qu'elle a été décrite par les auteurs des dix-huitème et dix-neuvième siècles, n'existe pas ; — 4° les moyens préservatifs, par excellence, consistent à placer les aliments à l'abri de la poussière de cuivre, à se laver soigneusement les mains avant les repas, à prendre des bains le plus fréquemment possible.

— *Existe-t-il une affection propre aux ouvriers en papiers peints qui manient le vert de Schweinfurt?* par M. de Pietra-Santa (Académie de médecine, 14 septembre). — On obtient le vert de Schweinfurt, dans l'industrie, en faisant dissoudre en quantité égale l'acide arsenieux et l'acétate basique de cuivre. Il est principalement employé pour la coloration en vert des papiers servant aux abat-jour et aux petites lanternes : 1° Il existe une affection professionnelle propre aux ouvriers qui travaillent les papiers peints en vert au moyen de la préparation arsenicale connue dans l'industrie sous le nom de *vert de Schweinfurt;* — 2° elle est caractérisée par la manifestation de vésicules, pustules, plaques muqueuses et ulcérations situées sur les parties exposées au contact immédiat de la matière colorante (doigts de la main et des pieds, parties génitales, et plus particulièrement le scrotum) ; — 3° les accidents sont locaux, sans retentissement sur l'organisme, sans trouble des systèmes circulatoires et assimilatifs ; — 4° ils ne présentent aucune gravité ; — leur développement peut être arrêté par des précautions hygiéniques (ablutions fréquentes, bains, gants de peau, division du travail) : — leur existence est utilement et promptement combattue par un traitement spécifique (lotions d'eau salée sur les parties malades que l'on saupoudre immédiatement de calomel à la vapeur); — 5° la fréquence des accidents est en rapport direct avec le défaut de propreté et la négligence des ouvriers eux-mêmes ; — 6° on peut, sans inconvénient, maintenir l'industrie ; mais on doit exiger l'emploi journalier des moyens prophylactiques indiqués par la science et dont l'expérience a constaté l'efficacité.

— *Des morsures des vipères et de leur traitement,* par M. Ferrier (Thèses de Paris, n° 143.)

— *Propriétés toxiques des poudres dites insecticides, et particulièrement employées pour la destruction des punaises*, etc., par M. Boucard (Union médicale, p. 227). — Une observation. — Une dame qui, la veille, s'était servie de cette poudre pour le lit dans lequel elle a couché, a éprouvé de la pesanteur de tête avec lipothymie; elle était pâle; le pouls était petit. — Un émétocathartique et une application de sangsues ont promptement dissipé les accidents.

—*Note sur le tétodron toxicophore du cap de Bonne-Espérance*, par M. Fonssagrives (Académie de médecine, 27 juillet). — Accidents toxiques causés par l'ingestion de la chair de ce poisson. Dans les quatre cas d'empoisonnement rapportés par M. le docteur Praeger, dit M. Fonssagrives, la mort fut excessivement rapide, précédée de vomissements, de diarrhée, de dépression de la circulation et des forces.

— *Maladies des ouvriers qui travaillent aux diverses préparations de sulfate de quinine*, par M. A. Chevallier (Académie des sciences, 10 mai). — L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes: 1° Les ouvriers qui s'occupent de travaux divers dans les fabriques de sulfate de quinine sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée qui peut être d'une extrême gravité, maladie qui les force à suspendre leurs travaux pendant quinze jours, un mois et plus. — 2° Parmi ces ouvriers, il s'en trouve qui ne peuvent continuer ce travail, et sont forcés de quitter la fabrique où ils étaient employés. — 3° M. Zimmer, fabricant de sulfate de quinine à Francfort, a reconnu que les ouvriers qui étaient occupés à la pulvérisation du quinquina, dans sa fabrique, étaient atteints d'une fièvre particulière qu'il désigne sous le nom de *fièvre de quinquina* (*china feber*). — Cette maladie, selon M. Zimmer, est assez douloureuse pour que des ouvriers qui ont été atteints aient renoncé à la pulvérisation du quinquina et aient quitté sa fabrique. — 4° Cette fièvre n'a pas été observée en France. — 5° On ne connaît pas jusqu'à présent de moyens prophylactiques de la maladie cutanée déterminée par les travaux exécutés dans les fabriques de sulfate de quinine. — 6° Cette maladie cutanée sévit non-seulement sur les ouvriers qui sont employés à divers travaux, mais encore elle peut atteindre des personnes qui se trouvent exposées aux émanations des fabriques de sulfate. — 7° Elle atteint les ouvriers sobres comme ceux qui se livrent aux excès.

— *Clinique des maladies simulées*, par M. Champouillon (Gazette des hôpitaux, p. 314). — Ces leçons ont été faites au point de vue du recrutement militaire.

— *Maladies des mains chez les fileuses de soie*, par M. Melchiori (Gazette médicale de Lyon, p. 487). — Description de l'é-

ruption vésiculo-pustuleuse qui se manifeste sur les mains des fileuses de cocons, dès la première semaine de leur travail.

— *Etudes sur la paralysie arsenicale*, par M. Imbert-Gourbeyre (Gazette médicale de Paris, p. 5). — Ce travail a été fait à propos du mémoire de M. Leroy (Voir l'*Annuaire*, t. Ier, p. 130) ; l'auteur de l'article, après de très-nombreuses citations, arrive à conclure que la paralysie arsenicale est un fait scientifique depuis longtemps reconnu ; il parle de quelques nouveaux symptômes sur lesquels on n'aurait pas assez insisté, et termine par des considérations sur les effets de l'arsenic contenu dans les eaux minérales ; il promet, sur ce sujet, un mémoire qui ne pourra manquer d'être très-intéressant.

— *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, par M. Tardieu (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-8°, 176 pages).

— *Réflexions physiologiques sur les attentats aux mœurs portés devant les tribunaux*, par M. Dumont (Angers, imprimerie Cosnier ; in-8°, 32 pages).

— *De la mort par submersion*, par M. B. Barjaud (Thèses de Paris, n° 258).

— *L'état du poumon peut ne pas être toujours une preuve irrécusable que l'enfant a vécu*, par M. Williamson (Gazette des hôpitaux, p. 379). — Quelques faits prouvant que l'enfant ayant respiré avant la fin de l'accouchement, l'état du poumon, dans ces cas, ne pourrait pas indiquer que la mort est le résulat d'un infanticide.

— *Essai sur les principaux états de mort apparente*, par M. H. Guérin (Thèses de Paris, n° 87).

— *Viol pendant le sommeil magnétique*, par M. Coste (Presse médicale de Marseille, n° 2, et Gazette hebdomadaire, p. 832). — L'auteur pense qu'il est possible qu'une jeune fille soit déflorée et rendue mère, contrairement à sa volonté, celle-ci pouvant être annihilée par le sommeil magnétique.

— *Sur la déchirure des membranes des artères du cou chez les pendus*, par M. Simon (Gazette médicale, p. 459).

— *De la pendaison considérée surtout au point de vue médico-légal*, par M. J. Clément-Lacroix (Thèses de Paris, n° 235).

— *Considérations médico-légales sur les différents genres de mort violente, confondus sous le nom d'asphyxie* (Thèses de Paris, n° 278).

— *Autopsies médico-légales. — Première centurie*, par M. Niemann (Zeitschrift für die stat. et Gazette médicale de Paris, p. 52). — Résultats de cent autopsies juridiques avec des considérations générales sur les plaies, les brûlures, etc.

— *Observation de mort subite par rupture de l'artère rénale ayant pu faire soupçonner un meurtre*, par M. Bourgarel (Union

médicale, p. 584). — Un homme, ayant du purpura hemorrhagica, a eu une hémorrhagie rénale causant une rupture du rein, un épanchement de sang sous le péritoine et dans la cavité péritonéale ; mort en quelques instants. — Au moment de mourir, cet homme a fait une chute de sa hauteur ; il y a eu une fracture du crâne, qui avait d'abord fait croire à un meurtre.

PHILOSOPHIE MÉDICALE, ÉLOGES, ETC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

— Une année de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, par Ch. Campardon (Thèses de Paris, n° 72).

— Compte rendu de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 15 avril au 1er août 1857 (M. Forget, professeur), par MM. Berdot et Ehrmann (Brochure in-8, de 57 pages, Strasbourg).

— Névroses fébriles. — Cas remarquable de névropathie. — Amaurose et ophthalmorrhagie par cause névralgique, par M. Liégey (Strasbourg, imprimerie Silbermann ; in-8, 16 pages).

— Eloge historique de Magendie, par M. Flourens (Paris, Garnier frères ; grand in-18, 179 pages).

— Essais médico-littéraires sur les anciens, par L. Douvillé (Thèses de Paris, n° 220).

— L'Ecole physiologique allemande, par M. Lasègue (Archives de médecine, p. 600).

— Eloge de Magendie, par M. Dubois (Paris, J.-B. Baillière et fils ; in-4, 36 pages).

— Le professeur Chomel, par Ménière (Gazette médicale de Paris, p. 243).

— Recherches historiques sur les anciens hospices ruraux du nord de la France, par M. Le Glay (Lille, imprimerie Danel ; in-8, VIII-21 pages).

— De l'étude des médecins de l'antiquité et des avantages qu'on peut en retirer pour la science et pour l'art, par M. Pétrequin (Lyon, imprimerie Vingtrinier ; in-8, 39 pages).

— Recueil d'observations rares de médecine et de chirurgie, par Pierre de Marchettis, traduit par J. Warmont (Thèses de Paris, n° 105, et Paris, Coccoz ; in-8, 200 pages).

— Etudes médicales sur les poëtes latins, par M. Ménière (Paris, Germer Baillière ; in-8, VII-456 pages).

— Etude historique de la médecine et des médecins de Rouen aux dix-septième et dix-huitième siècles, par M. E. Leudet (Rouen, imprimerie Rivoire et Ce, in-18, 23 pages).

— Arguments, réflexions et commentaires sur les œuvres médico-philosophiques de Stahl, par M. Boyer (Montpellier, imprimerie Martel aîné; in-8, 158 pages).

— OEuvres médico-philosophiques et pratiques de Stahl, traduites et commentées par E. Blondin (Paris, J.-B. Baillière et fils; t. II, grand in-8, XLIV-567 pages).

— Esquisse de l'histoire de la médecine et de la chirurgie en Lorraine, depuis les temps anciens jusqu'à la réunion de cette province à la France, par M. Simonin (Nancy, imprimerie Lepage; in-8, 110 pages).

—Epidémies et éphémérides, traduites du latin de Guillaume de Baillou, par M. Prosper Yvaren (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8, 479 pages).

— Coup d'œil sur la médecine des anciens Indiens, par M. Briau (Gazette hebdomadaire, p. 745).

— Essai sur l'histoire de la médecine chez les Indous, par M. Liétard (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— De la différence du mécanisme et de l'organisme, par Stahl. — Analyse par Garreau (Gazette médicale de Paris, p. 257).

— Du vitalisme de Montpellier, par M. Anglada (Revue thérapeutique du Midi, p. 13).

— Ni l'animisme, ni l'organicisme, ni le vitalisme exclusifs, ne sont la vérité. — Considérations de médecine générale, par G. Fichaux (Thèses de Paris, n° 272).

— Examen de la doctrine vitaliste, par B. Paillart (Thèses de Paris, n° 121).

— La phrénologie, son histoire, ses systèmes et sa condamnation, par M. Lélut (Paris, Delahays; grand in-18, 360 pages).

— Excursion dans un vieux registre, par M. Verneuil (Gazette hebdomadaire, p. 553).

— De l'enseignement clinique dans les hôpitaux, proposition développée, par M. Delasiauve (Paris, V. Masson; in-8, 32 pages).

— Deux lettres de Pinel, par M. Pinel neveu (Gazette hebdomadaire, p. 665).

— De quelques-unes des causes de la ruine de la médecine et de la pharmacie, et des moyens d'y remédier, par Em. Mouchon (Lyon, imprimerie Chanoine, in-8, 15 pages).

— Quelques considérations sur l'emploi des procédés mesmériques en médecine, par M. Blavot (Thèse inaugurale de Strasbourg).

— Considérations sur la répression de la médecine dite illégale et sur le projet d'association générale des médecins de France, par M. Robinet (Paris, L. Leclère; in-8, 15 pages).

— Etude botanique et médicale sur le seigle ergoté et de l'application de l'ergotine à la cure de la dyssenterie et de la diarrhée chroniques, par M. Barlaud-Fontayral (Paris, Labé; in-8, VIII-223 pages).

— De l'assistance publique en Russie. — Etat sanitaire de l'empire de Russie, par Schnepf (Gazette médicale de Paris, p. 229).

— Essai d'une critique sur quelques points de philosophie médicale, par M. Pitet (Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8, 96 pages).

— Relation médico-chirurgicale succincte de la campagne de Kabylie, en 1857, par M. Scoutetten (Metz, imprimerie Blanc; in-8, 47 pages).

— Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. Jamain (Paris, Germer Baillière; t. II, 1re partie; grand in-8, p. 1 à 384).

— La guerre de Crimée, les campements, les abris, les ambulances, les hôpitaux, etc., par M. Baudens (Paris, Michel Lévy frères; in-8, 416 pages).

— Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, par M. Alquié (Montpellier, Ricard frères, et Paris, J.-B. Baillière et fils; in-8, XVI-584 pages, avec dessins).

— Histoire médico-chirurgicale de la guerre de Crimée, d'après les travaux des médecins militaires, recueillie, mise en ordre et publiée par M. Armand (Paris, V. Rozier; in-8, IX-464 pages).

— Cours d'électro-physiologie, par M. Matteucci (Paris, Mallet-Bachelier; in-8, 177 pages, 2 planches).

— Traité d'électricité, par M. Gavarret (t. II et dernier; Paris, V. Masson; grand in-18, VIII-604 pages, 168 figures dans le texte).

— Doctrine pathogénique fondée sur le dégénisme phlegmasitoxique et ses composés morbides, par M. Semanas (Paris, Labé; in-8, VIII-362 pages).

— Eléments de pathologie chirurgicale, par M. Nélaton, t. V, publié sous la direction de M. Jamain (Paris, Germer Baillière; in-8, p. 1 à 476).

— Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, etc., par M. Bouchardat (9e édition. Paris, Germer Baillière; in-18, 591 pages.

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1858, par M. Bouchardat (Paris, Germer Baillière; in-32, 320 pages).

— Annuaire de médecine et de chirurgie pratique, pour l'an 1858, par MM. Jamain et Wahu (Germer-Baillière; in-32, 320 pages).

— Nouveau dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature, par M. Bossu (Paris, imprimerie Lacour; trois volumes in-8).

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

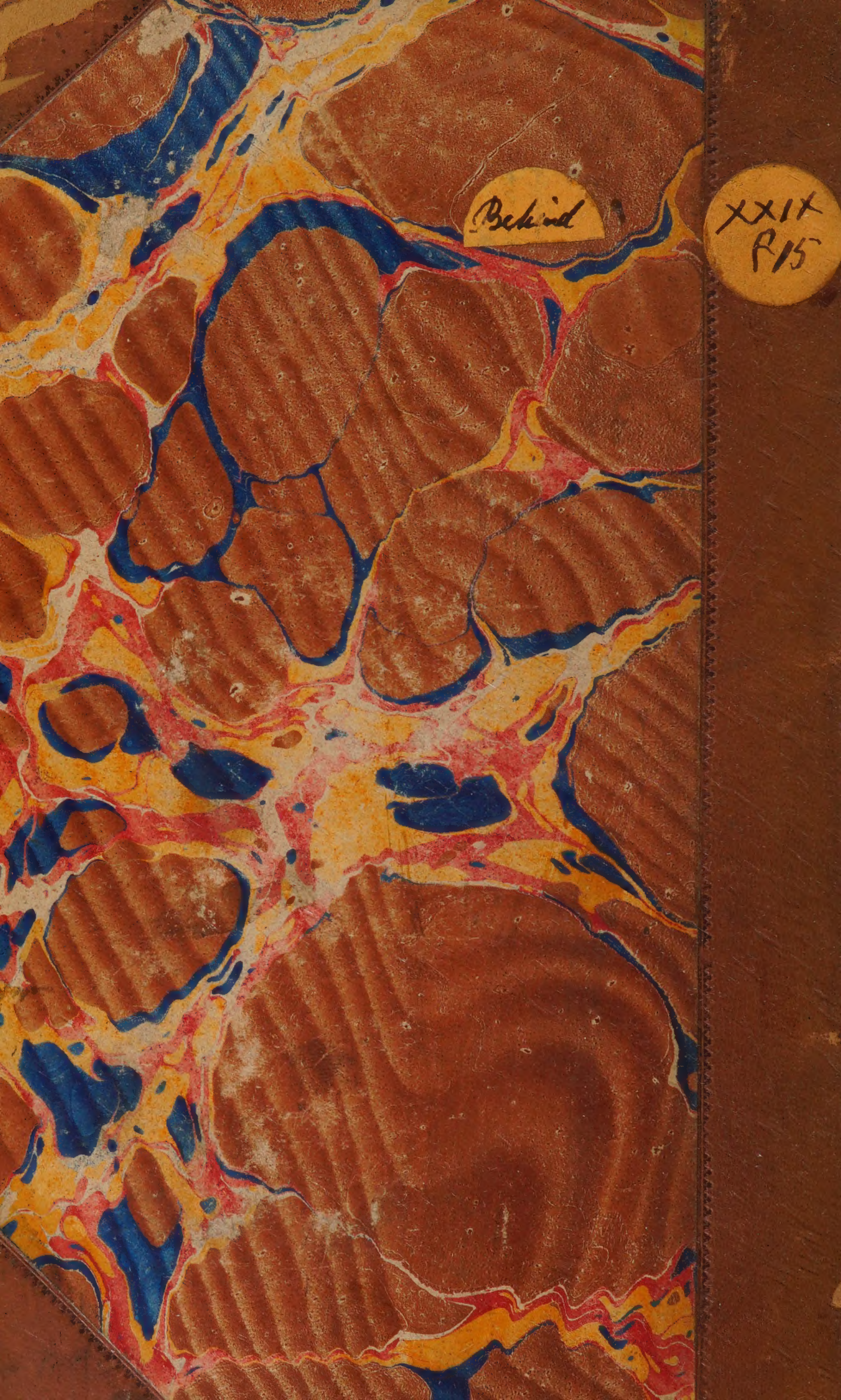
V

Y

Z

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.




Behind
XXIX
R/15